TRAITÉ

DES

MALADIES MENTALES

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

PAR LE DOCTEUR

W. GRIESINGER

Professeur de pathologie interne, de clinique médicale et de clinique psychiatrique
à l'université de Zurich,
Membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris,
Membre honoraire de la Société des aliénistes anglais, etc.

TRADUIT DE L'ALLEMAND (2e ÉDITION) SOUS LES YEUX DE L'AUTEUR

Par le Dr DOUMIC
Médecin de la Maison centrale de Poissy.

OUVRAGE

PRÉCÉDÉ D'UNE CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

ACCOMPAGNÉ DE NOTES

ET SUIVI D'UN TRAVAIL SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr BAILLARGER
Médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1865

Tous droits réservés.

AVANT-PROPOS
DE L'AUTEUR.

L'ouvrage dont on va lire la traduction française a paru pour la première fois en 1845; la seconde édition, entièrement refondue et considérablement augmentée, a été publiée en 1861: c'est sur cette dernière que cette traduction a été faite. L'auteur a revu toutes les épreuves, et il se plaît à dire que les difficultés que présentait la traduction ont été pour la plus grande partie vaincues par l'habileté du traducteur; les annotations, dont M. Baillarger a bien voulu enrichir l'ouvrage, donnent un intérêt spécial à cette édition française.

Outre les résultats de l'expérience personnelle de l'auteur, cet ouvrage contient le résumé de presque tous les travaux un peu importants sur l'aliénation mentale publiés dans ce siècle en Allemagne, en France et en Angleterre; en particulier le lecteur pourra voir combien l'auteur a mis à contribution les excellents travaux des aliénistes français.

La médecine mentale doit, de plus en plus, sortir du cercle étroit auquel elle était restreinte autrefois; il est temps de la cultiver comme une branche de la pathologie du cerveau et du système nerveux en général, et de lui appliquer les méthodes sérieuses de diagnostic qui sont usitées maintenant dans toutes les branches de la médecine. Pour être un bon aliéniste, il faut avant tout connaître à fond la médecine générale tout entière, et être versé spécialement dans les maladies du système nerveux. En outre de cet élément purement médical, la

médecine mentale en réclame un autre, indispensable, et qui donne un caractère propre et spécial à cette partie de l'art de guérir; c'est l'étude psychologique des aberrations de l'intelligence que l'on observe dans les maladies mentales, — psychologique, non pas dans le sens d'une psychologie purement théorique, abstraite, pour ainsi dire métaphysique, mais bien dans le sens d'une psychologie physiologique, science de pure observation, qui nous fait reconnaître dans les fonctions psychiques saines ou morbides les mêmes ordres de faits, les mêmes phénomènes fondamentaux que dans les autres fonctions des appareils nerveux. En psychiatrie, il faut faire marcher de front l'élément psychologique et l'élément purement médical; et si cet ouvrage a contribué pour quelque chose à répandre en Allemagne le goût de l'étude des maladies mentales, c'est probablement parce qu'on y trouve constamment réunis ces deux éléments qui, je le répète, ont une égale importance en psychiatrie.

L'auteur, après avoir consacré une partie de sa jeunesse à l'étude pratique des maladies mentales, a depuis longtemps passé à l'enseignement de la médecine interne. Professeur de pathologie depuis seize ans, placé depuis treize ans à la tête de services d'hôpitaux et d'une chaire de clinique médicale, ayant même eu l'occasion d'observer pendant deux ans les maladies d'un pays chaud (Égypte), il a pu étendre ses études à toutes les branches de la médecine interne. Il a toujours vu et traité beaucoup d'aliénés, et il a suivi avec le plus grand intérêt les progrès de la médecine mentale; depuis deux ans il a repris la spécialité de cette branche de l'art en acceptant — outre la clinique médicale — la direction de l'asile d'aliénés de cette ville que le gouvernement lui a offerte. L'auteur s'est empressé d'y ouvrir un enseignement clinique des maladies mentales; le discours prononcé à cette occasion qui contient les idées de

l'auteur sur le diagnostic et sur la classification des maladies mentales, vient de paraître excellemment traduit par M. Jules Falret dans le cahier de janvier 1865 des *Annales médico-psychologiques*. Enfin, dans ce dernier temps, l'auteur a été appelé à une chaire de médecine mentale à Berlin, où à sa vive satisfaction il dirigera aussi un service d'hôpital spécialement destiné aux maladies du système nerveux; bientôt donc il pourra reprendre son enseignement et ses recherches sur une plus large échelle à la première université de l'Allemagne.

Divisée par les frontières et par les intérêts politiques, la grande famille européenne est devenue une sous le rapport de la science. Chaque jour les ouvrages scientifiques prennent de plus en plus le caractère international, ils résument les travaux publiés dans toutes les parties du monde civilisé, et les traductions les font connaître et les répandent sur tous les points du globe. Ce sera une grande satisfaction pour l'auteur de voir son ouvrage favorablement accueilli dans un pays où l'étude des maladies mentales est en si grand honneur et a été le sujet de tant d'excellents travaux, dans la patrie de Pinel et d'Esquirol!

Zurich, février 1865.



TRAITÉ DES MALADIES MENTALES

LIVRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

SECTION PREMIÈRE.

SUR LE SIÉGE DES MALADIES MENTALES ET SUR LA MÉTHODE QU'IL CONVIENT DE SUIVRE DANS LEUR ÉTUDE.

§ 1er. — L'ouvrage que nous publions aujourd'hui a pour but d'étudier les maladies mentales, d'apprendre à les reconnaître et à les guérir. La folie, état anomal de l'intelligence et de la volonté, n'est en elle-même qu'un symptôme, et ce n'est qu'en les étudiant au point de vue symptomatologique que l'on peut arriver à diviser les maladies mentales en un certain nombre de groupes principaux dont l'existence ne pourrait se justifier autrement. — Le premier pas pour arriver à bien comprendre ces symptômes, c'est de les localiser. A quel organe appartiennent les phénomènes de la folie? Quel est l'organe qui doit toujours et principalement être malade quand il y a folie? — La réponse à ces questions constitue la condition première de la psychiatrie tout entière.

Si les faits physiologiques et pathologiques nous montrent que cet organe ne peut être autre que le cerveau, il en résulte que nous devons toujours voir avant tout dans les maladies mentales une affection du cerveau.

§ 2. — La physiologie considère la vie psychique comme une forme vitale particulière de l'organisme; elle voit dans les actes psychiques les onctions d'un organe déterminé et cherche même à les déduire de la structure de cet organe. Des expériences bien connues nous montrent à la vérité que, si les facultés psychiques dans le sens le plus large de ce mot sont liées au système nerveux entier, le siége de l'intelligence et des facultés affectives est dans le cerveau et même dans quelques-unes seulement des parties de cet organe. Sans doute, la moelle épinière et le système ganglionnaire du grand sympathique n'ont pas simplement des fonctions de transmission, mais aussi des fonctions centrales de communication, d'association et d'excitation (tonicité, actions réflexes, etc.); mais, relativement aux fonctions élevées du cerveau, ces organes jouent exclusivement le rôle d'appareils nerveux périphériques. Les différents états du système nerveux tout entier, en se transmettant immédiatement au cerveau, fournissent bien, il est vrai, quelques éléments capables d'entretenir et d'exciter les facultés mentales, — tout le système nerveux périphérique peut être le point de départ d'impressions qui viennent modifier nos instincts et nos penchants, qui nous donnent des conceptions plus ou moins nettes ou obscures, — mais c'est le cerveau seul qui recueille et qui perçoit ces impressions, c'est dans le cerveau que se traduit l'influence que ces impressions exercent sur toute une série de mouvements déterminés et coordonnés (sur les actes); c'est dans le cerveau enfin que naissent la perception et l'effort que ces impressions déterminent.

Les phénomènes intimes de l'intelligence et de la volonté ne peuvent pas plus se déduire de l'organisation du cerveau que les phénomènes intimes de la sensibilité. Cependant il est facile, d'une manière générale, de rattacher à la structure des différentes parties de cet organe la succession des faits dans les facultés psychiques. La partie du système nerveux central qui est contenue dans la cavité crânienne se compose de masses nerveuses qui, d'un côté, reçoivent les cordons sensitifs de la moelle épinière et les expansions centrales des nerfs des sens les plus importants, et de l'autre, donnent naissance aux cordons moteurs de la moelle. Aussi voyons-nous que toutes les impressions qui naissent à la périphérie du corps et celles qui sont transmises par les organes des sens, viennent converger au cerveau, où elles sont perçues et assimilées, qu'elles entretiennent et excitent l'activité mentale, et donnent ensuite naissance à de nouveaux actes centrifuges, à des relations de la sensibilité et des facultés intellectuelles avec les organes moteurs. — Il se produit là des déterminations et une excitation motrice sur les appareils musculaires.

Nous voyons que dans la série animale les facultés psychiques sont d'autant plus nombreuses et plus variées, arrivent à un perfectionne-

ment d'autant plus complet, que le cerveau présente un volume plus considérable, une organisation plus complexe, et que la substance propre des hémisphères en particulier est plus volumineuse. D'un autre côté, nous voyons que chez l'homme un défaut considérable de développement du cerveau est lié à un affaiblissement des actes psychiques élevés, de l'intelligence et de la volonté (comme cela se voit souvent dans l'idiotisme). En outre, l'expérience nous apprend comment chez tous les hommes les facultés mentales subissent des modifications essentielles suivant le développement et les changements que présente le cerveau aux différents âges de la vie. Dans ces modifications temporaires mêmes, dans ce développement progressif par lequel le cerveau arrive graduellement à son apogée, pour décroître ensuite, l'activité intellectuelle du cerveau suit la même marche que toutes les fonctions organiques et se montre soumise tout comme celles-ci à la loi de développement de l'organisme.

On sait qu'à différentes époques déjà on a essayé de rapporter quelques-unes des faces de l'activité psychique à des parties du système nerveux central autres que le cerveau ; ainsi l'on a voulu placer le *sentiment* (*Gemüth*) dans le nerf grand sympathique. Au point de vue psychologique, cette hypothèse prenait sa source dans l'idée qui a été suffisamment combattue — de la séparation des facultés de l'âme. Au point de vue physio-pathologique, elle est en opposition avec tout ce que nous savons de positif sur les fonctions du nerf grand sympathique. — Tout aussi peu fondée est cette doctrine qui, d'ailleurs, n'a jamais été exposée d'une manière bien nette, qui admettait que toutes les parties de l'organisme (les os eux-mêmes, les glandes, etc.) concourent immédiatement aux fonctions psychiques, et qui, par suite, prétendait expliquer la folie d'une manière directe, par des lésions des organes périphériques.

Dans ces derniers temps, par suite des résultats fournis par des expériences d'ailleurs fort intéressantes, on a voulu attribuer à la moelle épinière des fonctions psychiques particulières, une sensibilité et même une volonté (Pflüger, Auerbach). — M. Schiff (*Physiol. des Nervensystems*, t. I, p. 211) a jeté un jour très vif et très concluant sur cette doctrine aussi bien au point de vue expérimental que psychologique. Il faut admettre que dans la moelle les impressions sont produites d'après la même forme générale que dans le cerveau, et ce que l'on ne saurait nier absolument, c'est que sur une grenouille décapitée, la sensibilité et la douleur même persistent encore dans la moelle épinière. Mais quant à une « volonté » (dans le sens usuel du mot), il ne saurait en être question ici ; car la *volonté* implique des sensations passées à l'état de conscience avec la notion de l'effort qui doit produire le mouvement, d'espace, de limites du corps, tous actes pour l'accomplissement desquels la coopération de la sphère

centrale du sens de la vue (c'est-à-dire d'un acte évidemment cérébral) est absolument nécessaire. — En outre, cette théorie de Pflüger a été récemment contestée, même sous le rapport des données expérimentales. (Voy. Goltz, *Koenigsberg med. Jahrb.*, 1860, t. II, p. 189.)

§ 3. — Les faits pathologiques démontrent, tout comme les faits physiologiques, que le cerveau peut seul être le siége des facultés mentales, soit normales, soit morbides; que l'intégrité du fonctionnement psychique dépend de l'intégrité de cet organe, qui toutes deux peuvent être d'ailleurs troublées par le fait d'un état pathologique ayant pour siége un organe plus ou moins éloigné du cerveau. Les symptômes constants et essentiels des maladies cérébrales, qu'elles soient produites par des causes internes ou par une lésion extérieure, consistent même, en outre des anomalies de la sensibilité et du mouvement, lorsque la maladie est grave, dans des troubles intellectuels (exaltation ou paresse de l'intelligence, perte de la conscience, délire, etc.); les cas plus rares où, en présence d'une désorganisation grave du cerveau, ou d'une perte de substance de cet organe, on ne voit aucun trouble mental; ces cas, dis-je, ne peuvent en rien affaiblir les résultats que l'observation journalière nous fournit.

On trouve un certain nombre de cas de ce genre réunis, par exemple, dans l'ouvrage de M. Longet (voy. *Anat. et physiol. du système nerveux*, 1842, t. I, p. 670), mais on pourrait élever des doutes nombreux sur la plupart de ces faits et sur un grand nombre de cas analogues publiés par d'autres auteurs. Dans presque tous les cas on n'a examiné l'état de l'intelligence que dans le sens le plus restreint de ce mot; on a complétement négligé de noter la constitution générale du caractère, l'état de la volonté; le plus souvent cet examen de l'intelligence même n'a été que très superficiel; par exemple on s'est contenté de la réponse à des questions médicales simples pour déclarer que l'intelligence était intacte. Dans aucune de ces observations, elle n'a été examinée dans toute son étendue, et dans beaucoup d'entre elles, notamment dans celles recueillies dans les hôpitaux, on n'a pas pu comparer l'état mental après la maladie ou la perte de substance avec ce qu'il était antérieurement. Toutes les modifications délicates devaient nécessairement échapper à l'observateur. Malgré cela, il faut bien accorder en fait qu'il y a des maladies cérébrales, des cas de destruction partielle du cerveau, qui ne s'accompagnent d'aucun désordre appréciable du côté de l'intelligence. D'une part, cela dépend beaucoup du siége de la lésion; les différentes parties du cerveau ne sont pas toutes liées d'une façon aussi intime avec les facultés intellectuelles, quelques-unes d'entre elles, le pont de Varole, le thalamus, etc... président d'une manière plus spéciale aux mouvements musculaires. De plus, il est infiniment probable que, dans le cerveau comme dans tous les organes pairs, le trouble apporté dans une

fonction par une lésion d'un hémisphère peut être compensé par le surcroît d'activité de l'hémisphère resté sain (voy. § 15). Enfin, il n'est pas rare de voir dans d'autres organes importants de l'économie des lésions anatomiques assez circonscrites n'amener aucun trouble fonctionnel (ulcère chronique de l'estomac, adhérences pleurétiques, tubercules, etc.); et l'on a vu des pertes de substance se produire (par gangrène) dans le poumon ou l'intestin, par exemple, et ne laisser après leur guérison aucun trouble notable, soit de la respiration, soit de la digestion; et cependant il ne viendra à l'esprit de personne de s'appuyer sur ces faits pour dire que le poumon n'est pas l'organe de la respiration, et l'intestin celui de la digestion.

Les autopsies d'aliénés nous fournissent une autre preuve plus directe encore à l'appui de notre thèse, que le cerveau est bien l'organe malade dans la folie (1). Dans un grand nombre de ces autopsies nous trouvons des altérations anatomiques manifestes du cerveau ou de ses membranes, et là où d'une manière générale on trouve des lésions anatomiques, celles du cerveau sont du moins les seules constantes. Ce fait, que quelquefois elles manquent, n'infirme en rien ce que nous disions tout à l'heure. En

(1) Dès qu'il est bien convenu qu'on renferme sous la dénomination de maladies mentales des affections de nature très différente, névroses, inflammations chroniques des méninges et du cerveau, affections organiques locales, anomalies congénitales, etc., on comprend qu'il devient difficile de présenter des considérations générales sur ces maladies. S'agit-il, comme ici, de leur siége, comment en parler sans séparer d'abord les principaux groupes, à moins de s'exposer à avancer des faits exacts pour une classe, mais qui cessent de l'être pour l'autre?

Les recherches d'anatomie pathologique prouvent, par exemple, que la paralysie générale, la démence sénile et l'idiotie ont bien leur cause dans le cerveau; non-seulement c'est là leur siége, ce que personne ne conteste, mais en outre il existe dans le plus grand nombre des cas des altérations auxquelles on peut les rattacher directement.

Il est donc tout simple d'en appeler ici aux preuves fournies par les autopsies; mais en est-il de même pour la folie proprement dite, dont les délires partiels sont pour nous le véritable type? Il suffit à cet égard de rappeler que les auteurs les plus convaincus de l'importance des recherches anatomiques sont obligés d'avouer que la monomanie ne laisse après elle aucune altération appréciable.

Je n'ai pas besoin d'ailleurs d'ajouter que tout le monde admet que le siége de la folie est bien réellement dans le cerveau, comme celui de la paralysie générale, de la démence sénile et de l'idiotie. Ce qu'il importe de savoir, c'est, comme le dit plus haut M. Griesinger, si l'intelligence dans certains cas n'est pas troublée « par le fait d'un état pathologique ayant pour siége un organe plus ou moins éloigné du cerveau ». Quelques auteurs, en effet, ont dit que dans ces cas le siége de la folie était ailleurs que dans le cerveau; mais au fond ils n'ont voulu parler que de la cause. Il suffit donc de s'entendre sur les mots pour ne donner à cette question du siége de la folie que l'importance qu'elle mérite. (B.)

effet, dans les maladies du système nerveux qui sont surtout caractérisées par un état d'irritation (névralgies, convulsions, etc.), on ne trouve très ordinairement aucune lésion anatomique ; ces lésions s'observent plutôt surtout dans les états d'affaiblissement, paralysies, etc. Or beaucoup de maladies mentales rentrent dans la première catégorie des affections nerveuses que nous venons d'indiquer. Il en est donc de cette classe de maladies mentales comme d'une foule d'autres affections nerveuses, l'épilepsie, le tétanos, etc., dont le siége est évidemment pour tout le monde, d'après les données physiologiques, dans le cerveau ou dans la moelle épinière, bien que l'anatomie pathologique, dans un grand nombre de cas, ne puisse nous faire toucher du doigt aucune lésion appréciable du cerveau ou de la moelle.

Mais, en outre du dérangement des facultés intellectuelles et affectives, on trouve encore dans la plupart des maladies mentales des anomalies importantes d'autres fonctions qui évidemment appartiennent aussi au cerveau. En première ligne se trouvent les hallucinations, anomalies de la fonction centrale des sens, qui sont ressenties en grande partie comme des impressions périphériques, mais dont la production doit être nécessairement rapportée au cerveau, ainsi que le montrent les faits d'hallucinations persistantes de la vue chez des sujets atteints de cécité complète avec atrophie des nerfs optiques (Esquirol). Nous voyons également que l'excitation centrale des muscles placés sous la dépendance de la volonté, fonction qui appartient incontestablement au cerveau, est altérée chez un très grand nombre d'aliénés ; tantôt c'est une activité, une énergie musculaire exagérée, tantôt c'est une roideur cataleptique, tantôt c'est une variété de paralysie qui, dans sa marche, suit les progrès d'une forme spéciale de la folie (démence). On observe encore une foule d'autres anomalies des fonctions cérébrales (diminution de la sensibilité aux impressions de la température et à la douleur, insomnie, convulsions, congestions de la tête, etc.) ; toutefois ce sont là plutôt des symptômes accessoires, mais ils peuvent servir aussi à confirmer l'existence d'une maladie cérébrale.

Tandis que, du moins à l'époque où parut la première édition de cet ouvrage, un certain nombre de médecins, et même des écoles psychiatriques entières, en étaient encore à demander une preuve incontestable que dans toute maladie mentale il y a une maladie du cerveau, quelques-uns des psychologues les plus éminents, en prenant pour point de départ leur point de vue spécial, étaient depuis longtemps arrivés à la connaissance de ce fait que dans la folie le cerveau est toujours malade, et que cette maladie cérébrale est la cause prochaine de l'aliénation. (Voy. Stiedenroth, *Psychologie*, II, p. 278.)

§ 4. — De ce que l'on est forcément amené par les faits à rapporter

au cerveau l'intelligence et la volonté, cependant on ne doit encore rien préjuger en général des rapports qui existent entre ces actes psychiques et le cerveau, entre l'âme et la matière. Au point de vue empirique, on doit avant tout maintenir le fait de l'unité de l'âme et du corps, et il faut laisser les méthodes conçues à priori étudier une âme immatérielle, l'âme indépendante du corps, et se contenter de considérations abstraites sur son immatérialité et sur son unité en opposition avec la multiplicité de la matière, etc. Mais ces hypothèses que l'on a déjà imaginées pour rendre plus saisissable à l'esprit cette unité d'ailleurs inexplicable, depuis l'hypothèse de ces fluides fins et ténus qui serviraient d'intermédiaires entre l'âme et le corps, de ces matières « assez subtiles pour pouvoir au besoin passer pour un esprit », jusqu'au système de l'harmonie préétablie, au moyen de laquelle l'âme et le corps agissent toujours non pas l'un sur l'autre, mais bien parallèlement, toutes ces hypothèses, dis-je, sont pour l'empirisme aussi difficiles à soutenir qu'à réfuter. Comment un phénomène matériel, physique, se passant dans les fibres nerveuses ou dans les cellules ganglionnaires, peut-il devenir une idée, un acte de la conscience? C'est ce qui est absolument incompréhensible ; je dirai plus, nous n'avons pas idée de la manière dont on devrait seulement poser une question relativement à l'existence et à la nature des intermédiaires qui unissent ces deux ordres de faits. A cet égard, tout est encore relégué dans le champ de la possibilité. Dans cet état de choses, l'hypothèse la plus simple est la meilleure, et certainement l'hypothèse matérialiste offre moins de difficultés, d'obscurités et de contradictions (en particulier même relativement au premier développement de la vie de l'âme), que toute autre. On est donc scientifiquement autorisé, tout en laissant de côté ces intermédiaires dont l'existence est possible, mais qui nous sont complétement inconnus, à rattacher les fonctions de l'âme au corps et en particulier au cerveau, comme on rattache les fonctions à un organe, à considérer l'intelligence et la volonté comme étant la fonction, l'énergie spéciale du cerveau, de même que l'on regarde la transmission dans les nerfs, les actions réflexes dans la moelle épinière, etc., comme les fonctions de ces parties, et à considérer l'âme immédiatement et avant tout comme la somme de tous les états du cerveau.

Ni le matérialisme, qui veut expliquer tous les actes psychiques par la matière, ni le spiritualisme, qui veut expliquer la matière par l'âme, ne nous donnent une idée exacte de ce qui se passe dans l'âme. Et d'ailleurs, quand même on arriverait à savoir tout ce qui se produit dans le cerveau quand il entre en action, à pénétrer tous les secrets de la chimie, de l'électricité, etc., à quoi cela nous servirait-il ? Oscillations, vibrations, électricité, mécanique, tout cela n'est pas un état de l'âme,

une pensée. Mais comment ces faits peuvent-ils se transformer en des faits spirituels? Ce problème restera toujours insoluble pour l'homme jusqu'à la fin des temps, et je crois que, quand même un ange descendrait du ciel pour nous expliquer ce mystère, notre esprit ne serait pas capable seulement de le comprendre.

Que dire maintenant du matérialisme si superficiel et si plat, qui voudrait renverser et nier les faits les plus généraux et les plus élevés de la conscience humaine, parce qu'il n'en trouve pas la trace palpable dans le cerveau? En attribuant les phénomènes de la sensibilité, de l'imagination et de la volonté au cerveau comme autant de facultés qui sont propres à cet organe, l'empirisme n'en laisse pas moins subsister le fond réel de la vie de l'âme humaine dans toute sa richesse, et en particulier il maintient expressément le fait du libre arbitre; de plus, cette méthode laisse naturellement le champ libre aux questions métaphysiques, par exemple qu'est-ce que c'est qui entre comme substrat de l'âme dans ces relations de la sensation, de la perception et de la volonté, qui prend la forme de l'existence psychique? L'empirisme doit patiemment attendre l'époque où ces questions relatives au rapport du fond de la vie de l'âme humaine avec sa forme passeront du domaine de la métaphysique à celui de la physiologie. En attendant, que l'on cesse de se tourmenter les uns les autres pour des questions insolubles, de lutter d'une façon brutale dans la science et, en introduisant des points de vue tout à fait hétérogènes, de se traiter d'hérétiques; que les sectateurs et les fanatiques du matérialisme veuillent bien aussi penser à un point qui ne me paraît pas avoir été jusqu'ici mis suffisamment en relief dans la discussion de ces questions. Les phénomènes élémentaires qui se passent dans les masses nerveuses sont bien, surtout si, comme le font aujourd'hui beaucoup de gens, on les considère comme essentiellement électriques, nécessairement d'une extrême simplicité, différant du plus au moins, et toujours identiques chez tous les hommes. Comment ces phénomènes pourraient-ils à eux seuls donner immédiatement naissance à la variété infinie d'idées, de sentiments et de volontés, non-seulement de chaque homme isolément, mais encore de toute une époque?

On ne peut donc pas, avec nos notions actuelles, trancher la discussion possible sur la matérialité ou l'immatérialité des phénomènes psychiques; elle se confondrait en partie, et déjà dans ses premiers postulats avec celle des modifications internes dans l'activité du système nerveux. Toute comparaison avec les fluides impondérables qui sont dans un rapport analogue avec la matière, qui, apparaissant eux aussi comme quelque chose d'immatériel, provoquent cependant des changements et des modifications physiques, n'avance guère la solution de la question. L'agent psychique ou nerveux n'a aucun analogue réel dans le reste de l'univers;

la théorie, comme l'a déjà exprimé Locke, éprouve les mêmes difficultés, qu'elle veuille faire penser la matière, ou qu'elle veuille admettre l'action d'un agent immatériel sur la matière. Que les fonctions de l'âme d'ailleurs doivent toujours être accompagnées d'actes matériels, c'est ce que personne ne nie; ce rapport se trouve même très bien développé dans Stiedenroth (*loc. cit.*, p. 52); seulement l'idée qui participe à cette intervention organique est pour lui une idée réelle et passée à l'état de conscience, et — proposition plus féconde encore! — plus l'intervention organique est vive, plus la perception est vive elle-même. Quelques-unes des faces des phénomènes psychiques sont d'ailleurs évidemment plus étroitement liées à des actes physiques (à d'autres actes de l'organisme) que d'autres, par exemple, que la pensée pure et calme. Le souvenir et l'amour, dit Aristote (*De l'âme*, t. I, 4), ne procèdent pas de l'âme, mais de l'association de l'âme et du corps. De fait, c'est dans le souvenir et dans l'amour que le mélange direct de phénomènes organiques se montre de la manière la plus évidente; on pourrait en dire autant de l'imagination.

§ 5. — D'après toutes les prémisses que nous avons posées plus haut, la question si souvent et si longuement traitée par l'ancienne psychiatrie allemande, à savoir si dans la folie, dans les anomalies de l'intelligence et de la volonté, la maladie atteint aussi réellement l'âme, trouvera sa solution simple et affirmative. Seulement, il est vrai, on n'aura pas à parler des maladies de l'âme elle-même; tout aussi peu, une pathologie exacte peut parler des maladies des phénomènes vitaux, des fonctions, — mais seulement des maladies du cerveau qui apportent un dérangement dans les actes de l'intelligence et de la volonté.

§ 6. — Mais si tous les cas de folie dépendent d'une affection cérébrale, toutes les maladies du cerveau ne rentrent pas pour cela dans les maladies mentales. Quelle est donc l'espèce d'affection cérébrale à laquelle nous avons affaire dans la folie? — Au point de vue anatomique, ce sont les maladies les plus diverses, dont les groupes de symptômes portent le nom de folie. Simples irritations sans altération notable de tissu, inflammation de la couche corticale, atrophie, changements de nutrition, anomalies de la circulation de l'encéphale, apoplexie interméningée, hypérémies cérébrales simples, etc., — tous ces états si extraordinairement différents entre eux peuvent donner lieu à des ensembles de symptômes, qui font que l'on place ces malades dans les maisons d'aliénés, et que l'on décrit dans les ouvrages de psychiatrie sous le nom de maladies mentales. Toute tentative pour distinguer rigoureusement la folie des maladies aiguës ou chroniques du cerveau, telles qu'elles sont données par le point de vue anatomique, par exemple de la méningite, de l'encéphalite, etc., serait l'entreprise la plus vaine parce que certains cas de maladie mentale ne sont autre chose qu'une mé-

ningite même, ou une encéphalite, etc. La notion des maladies mentales en tant que purement symptomatologique rentre en très grande partie dans ces notions anatomiques, et les objets de l'une et de l'autre ne peuvent nullement se comparer. Tout ce que l'on peut dire en général avec certitude, c'est que les maladies du cerveau qui donnent naissance aux troubles intellectuels sont infiniment plus souvent diffuses, que localisées sous forme de foyers (1).

La pathologie cérébrale en est encore aujourd'hui en grande partie au point où en était la pathologie des organes thoraciques avant Laennec. Au lieu de prendre pour point de départ en général des altérations de structure des organes et de pouvoir déduire d'une manière exacte la production des symptômes des altérations survenues dans les tissus, elle a assez souvent affaire à des ensembles de symptômes dont elle connaît à peine approximativement le siége et dont le mécanisme de production lui échappe complétement. Elle doit s'en tenir aux phénomènes externes et établir des groupes de maladies d'après quelque chose de commun et de caractéristique dans les symptômes, abstraction faite des causes anatomiques. Ce qui est vrai de l'épilepsie, de la chorée, etc., l'est également des maladies psychiques ou mentales, dénomination sous laquelle nous avons à comprendre toutes les affections du cerveau dans lesquelles il y a des anomalies, des troubles de l'intelligence et de la volonté, qui forment des symptômes très distincts pour l'observateur (2).

(1) Voyez le travail de l'auteur, *Remarques diagnostiques sur les maladies du cerveau* (*Archiv der Heilkunde*. Leipzig, 1860, *Archives générales*, 1861).

(2) En présence du tableau que l'auteur trace ici de l'état actuel de la pathologie mentale, il importe de rappeler qu'un progrès considérable a été réalisé depuis les travaux d'Esquirol et de Bayle sur la paralysie générale.

Quand les aliénés paralytiques au premier degré (maniaques, mélancoliques, monomaniaques) étaient partout confondus avec les malades atteints de folie simple, on trouvait très souvent des méningites et des encéphalites dans la folie. Cela est arrivé encore depuis les travaux dont je viens de parler, à des observateurs d'un très grand mérite. J'ai publié récemment dans les *Archives cliniques* une curieuse observation de Jakobi, traduite par M. Doumic, et dans laquelle ce savant aliéniste avait trouvé une inflammation du cerveau chez un malade qu'il considérait comme simplement atteint de manie. Des exemples analogues ont été autrefois publiés et on en trouve un très remarquable dans les *Annales médico-psychologiques*.

Il est permis d'espérer que ces faits, dont on a aujourd'hui l'explication, deviendront de plus en plus rares. Pour qu'il en soit ainsi, le but à atteindre est de séparer dès l'origine de la maladie les folies qu'on a appelées paralytiques des folies simples. Or il y a encore sous ce rapport entre les médecins beaucoup de dissidence sur la valeur de certains signes suffisants pour les uns, insuffisants pour les autres. L'année dernière, je citais à la Société médico-psychologique l'observation d'un aliéné que quatre ou cinq médecins avaient déclaré paralytique et que trois autres

Aux maladies ordinaires du cerveau, inflammations circonscrites, abcès, tumeurs, méningite tuberculeuse, etc., on ne donne pas le nom de maladies mentales, bien que très ordinairement dans ces affections les facultés psychiques soient plus ou moins troublées, parce que généralement d'autres symptômes cérébraux, ceux d'une lésion de la sensibilité et du mouvement, sont beaucoup dominants : *à potiori fit denominatio.* Exceptionnellement aussi pourtant ces malades sont considérés comme aliénés et comme tels envoyés dans les asiles, quand, par exemple, la maladie prend, dès le début, une forme chronique, quand on voit apparaître de bonne heure déjà de l'excitation maniaque, etc. D'un autre côté, il est très ordinaire aussi de voir dans les maladies mentales des troubles des fonctions sensitive et motrice du cerveau, mais ceux-ci sont accessoires, et l'anomalie psychique paraît la chose principale. — Nous ne pouvons pas, et il n'est pas utile de donner ici d'autres définitions des maladies mentales ; le diagnostic général de ces maladies se trouve dans la section deuxième, chap. V de ce livre.

§ 7. — Comme la folie n'est qu'un complexus symptomatique de différents états anormaux du cerveau, on pourrait se demander s'il est bien légitime, d'une manière générale, de faire des maladies mentales une étude spéciale et séparée des autres affections du cerveau, ou si plutôt la psychiatrie ne doit pas rentrer tout à fait, même formellement, dans la pathologie cérébrale. — Bien que cela ne me paraisse pas impossible dans un avenir plus ou moins éloigné, toute tentative qui aurait pour but de confondre, quant à présent, ces deux ordres de maladies, serait cependant prématurée et tout à fait impraticable. Si seulement on a constamment présente à l'esprit la liaison fondamentale intime qui existe entre les maladies mentales et les autres affections du cerveau, si seulement dans l'un et dans l'autre de ces groupes de maladies on suit le plus possible une seule et même méthode anatomo-physiologique exacte, la pathologie cérébrale n'a rien à perdre, et ne peut que gagner au contraire à ces séparations formelles, monographiques, de ces maladies constituées à un point de vue symptomatologique. Cette tentative de fusion serait d'autant moins justifiée actuellement que la place de la psychiatrie comme partie de la pathologie cérébrale a dû devenir l'objet d'une conquête

considéraient comme atteint de folie simple. Ces sortes de dissidences, qui ne sont pas rares, témoignent cependant d'un progrès. Si certains médecins, en effet, ne balancent pas à diagnostiquer la paralysie générale longtemps avant l'apparition des symptômes paralytiques, c'est d'après un ensemble de signes spéciaux, les uns nouveaux, les autres mieux connus. Sans prétendre que ces médecins sont fondés à agir comme ils le font, il est certain que la science ne peut que gagner dans cette voie d'analyse qui tend à séparer de plus en plus les névroses intellectuelles des maladies inflammatoires du cerveau. (B.)

récente, et que certains côtés pratiques de la psychiatrie (les asiles d'aliénés, les rapports avec la médecine légale, etc.) lui donnent une étendue et un caractère propre qui, dans toutes les circonstances, ont dû lui acquérir une importance spéciale au sein de la pathologie cérébrale.

Des tentatives antérieures qui avaient pour but de faire complétement rentrer les maladies mentales dans les affections du cerveau, en se fondant sur les altérations anatomiques qui leur correspondent, se sont montrées, par le fait même de leur insuccès, prématurées et impossibles. (Sc. Pinel, *Pathologie cérébrale.* Paris, 1844.) Et quand tout récemment encore un aliéniste des plus éminents a tenté d'étudier une partie des maladies mentales à un point de vue purement anatomo-pathologique (Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859), cet essai, bien que très remarquable, n'a trait d'après la nature même de l'ouvrage qu'à une partie seulement de la folie. Ainsi, la psychiatrie demeurera longtemps encore une branche spéciale de l'art de guérir; son étude spéciale donne aussi au médecin l'occasion d'apprendre à s'orienter, au moins dans de certaines limites, dans la sphère de cette vie psychique dont les notions sont malheureusement si clair-semées dans le cercle ordinaire des études médicales.

§ 8. — La folie étant une maladie (1), et de plus une maladie du cerveau, il s'ensuit qu'elle ne peut être étudiée d'une manière convenable qu'au point de vue médical. L'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, et toute la pathologie et la thérapeutique spéciales prises dans leur ensemble, sont les connaissances préalables les plus nécessaires de toutes pour le médecin aliéniste. Toutes les études extra-médicales de la folie, et en particulier toutes celles qui ont été faites par les poëtes et les moralistes, n'ont qu'une valeur très minime au point de vue de la connaissance de cette affection. Quelques poëtes ont représenté des fous dont certains traits ont été très bien pris sur le fait de la nature (Ophélie, le roi Lear, et surtout don Quichotte) ; mais comme les auteurs ont presque entièrement laissé de côté les causes organiques de ces états, et que, s'occupant seulement du côté intellectuel, et les regardant uniquement comme le résultat de conflits moraux antérieurs, ils ne mettent en relief que ce qui peut servir à ce but, leur peinture a le tort au moins de n'envisager qu'un côté de la question. — On peut adresser un reproche semblable et plus grave encore à la manière dont les moralistes ont traité

(1) Une maladie dont naturellement aussi on peut mourir. Quand un aliéniste moderne dit : « Les aliénés ne meurent pas plus en général de la folie que les hommes ne meurent de raison, » c'est là une antithèse bien niaise. Il est évident que personne ne meurt de santé !

(*Note de l'auteur.*)

la folie, en raison du caractère sérieux que certains d'entre eux ont voulu donner à leurs études. Rien n'est plus faux, rien n'est plus opposé à l'observation journalière que de vouloir reléguer dans l'ordre moral la nature des maladies mentales. Les faits parlent, il est vrai, assez haut en faveur d'une étiologie très souvent psychique de ces maladies; et comment pourrait-il en être autrement, puisque les causes morales sont aussi celles qui produisent le plus souvent et avec le plus de force les autres maladies du cerveau et du système nerveux? — Chaque état de l'intelligence et de la volonté dépend essentiellement et est même en quelque sorte le résultat obligé de la somme de toutes les idées et de toutes les volontés antérieures, et par conséquent la vie intellectuelle elle-même constitue une source abondante de causes de folie. Mais, tandis que la sphère morale réside tout entière dans la pensée libre et consciente, le point de départ de ces processus psychiques anomaux auxquels ces maladies cérébrales donnent naissance, appartient à un tout autre ordre. C'est d'une perversion obscure dans le *sensorium commune,* dans le sentiment de soi-même, que proviennent, dans la folie, des états de l'âme originellement émotionnels, et quand ceux-ci ont donné naissance à une perversion de l'entendement et à des penchants qui dominent le malade, ce dernier est déjà et par ce seul fait placé dans un état où les conditions premières de toute moralité, c'est-à-dire la possession de soi-même, la possibilité d'une délibération et d'une option, lui manquent, et ses actes, quels qu'ils soient, ne peuvent plus être l'objet d'une appréciation morale.

La manière dont les poëtes et les moralistes ont envisagé la folie n'est pas seulement inutile et fausse au point de vue théorique, mais encore elle offre, au point de vue pratique, un danger réel. Elle a rempli les gens du monde d'idées sur les maladies mentales qui ne répondent d'aucune manière à la nature, et lorsque les faits ne sont pas en harmonie avec ces peintures, ils mettent en doute l'existence de la maladie mentale. Combien elle est naïve, la surprise d'une foule de gens qui, visitant les asiles d'aliénés, trouvent leurs habitants tout autres qu'ils ne se les figuraient! — Les théories psychiatriques qui représentent les maladies mentales comme l'exagération extrême des passions (Ideler), ont aussi contribué pour beaucoup à faire naître ces erreurs.

Toutefois il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'entamer une polémique sérieuse avec l'idée que les moralistes se faisaient des maladies mentales. Il serait superflu d'opposer à cette doctrine les faits nombreux où la folie est produite par des causes purement physiques, — par les narcotiques, les blessures de la tête, etc. — ; l'hérédité de la folie, — disposition de famille qui, souvent chez d'autre parents, se traduit en une disposition à d'autres névroses graves, épilepsie, hystérie, etc.; — le type qu'affecte

souvent la marche de la folie tout comme celle des autres maladies nerveuses; la possibilité d'une guérison rapide, l'analogie qu'elle offre avec les rêves, etc. La meilleure réfutation de ces théories est le simple examen de la marche des phénomènes.

SECTION II.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

§ 9. — Dans un travail déjà publié en 1844, j'ai appelé l'attention des médecins sur l'analogie complétement démontrable qui existe, au point de vue pathologique, entre les maladies du cerveau, même en tant qu'elles se révèlent par des symptômes psychiques anomaux, et les troubles fonctionnels ainsi que les lésions organiques profondes de la moelle épinière. Cette comparaison n'est pas seulement légitimée par ce fait déjà indiqué dans ce travail, que l'une et l'autre partie du système nerveux central sont susceptibles d'éprouver les mêmes formes générales d'états morbides qui ne s'expriment d'une façon très différente qu'en raison de la différence originelle de leur énergie ; elle a aussi pour base immédiate l'anatomie normale et pathologique qui nous apprend à voir dans le cerveau et la moelle un seul et même tout, lequel ne peut être qu'artificiellement distingué en plusieurs parties, et qui nous montre dans tous deux les mêmes dispositions générales, les mêmes tissus élémentaires, et enfin des altérations pathologiques identiques.

Supposant que le lecteur connaît en gros l'anatomie du système nerveux central, sa division en encéphale et moelle épinière, la structure et la disposition des membranes, etc., nous ne présenterons ici que quelques remarques sur la structure et la connexion des centres nerveux, qui nous serviront plus tard à expliquer certains faits physio-pathologiques, et enfin sur l'appréciation entre l'état sain et l'état morbide du cerveau.

§ 10. — Le cerveau et la moelle épinière forment un tout dont les différentes parties offrent essentiellement la même structure élémentaire et un type commun d'organisation qui, dans le cerveau cependant, présente un degré de développement sans cesse progressant.

De même que le crâne dans son ensemble, bien que formé d'un nombre assez grand de pièces osseuses, rappelle la structure vertébrale de l'enveloppe osseuse de la moelle épinière, mais plus compliquée et pour

ainsi dire perfectionnée, de même la portion crânienne du système nerveux central, présente une multiplicité de masses nerveuses qui, au premier abord, semble ne pas avoir la même structure générale que la moelle épinière, mais dans laquelle, malgré des différences nombreuses et notables, on reconnaît néanmoins dans son ensemble une analogie évidente avec la moelle et ses enveloppes immédiates.

Le canal central de la moelle qui se voit surtout distinctement chez le fœtus, mais qu'on retrouve encore chez l'adulte, et qui est complétement entouré de substance grise, s'ouvre au niveau de la fossette ou ventricule d'Arantius, se referme ensuite pour constituer le quatrième ventricule, puis pénètre dans le cerveau où il forme le troisième ventricule et les ventricules latéraux et se termine enfin dans l'infundibulum.

La substance grise de la moelle épinière est en connexion directe avec les racines sensitives et motrices des nerfs qui entrent dans la moelle et qui en sortent, avec les cordons blancs longitudinaux, et aussi avec la substance grise du cerveau. Après s'être prolongée dans la moelle allongée en partie à sa surface, en partie dans le corps frangé des olives, et dans les corps restiformes, elle communique avec le corps rhomboïdal du cervelet, puis en avant avec la substance grise des pédoncules du cerveau, des tubercules quadrijumeaux, du thalamus et du corps strié, et se termine enfin dans l'infundibulum ou dans la substance perforée antérieure. Le prolongement de la substance grise de la moelle épinière forme donc à l'intérieur et à la base du cerveau un système connexe de tractus et de masses grises. On trouve en outre dans le cerveau un autre système de substance grise, la substance corticale des hémisphères qui recouvre la face externe des circonvolutions, partout sauf dans un point, la circonvolution de l'ourlet. Ces masses de substance grise communiquent directement avec le premier système seulement au niveau de l'espace perforé antérieur, et cette communication se fait surtout par l'intermédiaire des tractus fibreux blancs; dans la moelle épinière même elles n'ont rien d'analogue, elles forment les points de terminaison commune pour le système des cordons prolongés de la moelle et pour les systèmes de fibres qui prennent naissance dans le crâne et qui n'en sortent pas.

La substance grise des hémisphères cérébraux présente une structure stratifiée, on y trouve de quatre à six lamelles alternativement opaques et transparentes (1). Leur différence dépend principalement de la plus ou moins grande quantité d'éléments cellulaires qui entrent dans leur composition. La lame la plus externe est en rapport immédiat avec la surface des ventricules. Ces couches snperficielles de la substance cor-

(1) Voyez Baillarger, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, 1840; Remack, *Mueller's Archiv*, 1841.

ticale grise du cerveau présentent assez souvent chez les aliénés des altérations, des désorganisations plus ou moins profondes. — La structure intime de la substance grise cérébrale n'est pas partout la même. Fondamentalement, elle se compose : 1° de fibres nerveuses qui proviennent de la substance blanche, et qui, en pénétrant dans la substance grise, s'y divisent un grand nombre de fois jusqu'à présenter une grande finesse; 2° de granulations particulières qui se relient directement aux dernières terminaisons des cylindres d'axes de ces fibres ; 3° de cellules ganglionnaires qui, en partie, sont en prolongement direct avec ces cylindres d'axes ou avec les appendices de ces granulations; 4° enfin, de masses moléculaires d'apparence homogène et amorphe, que quelques anatomistes considèrent comme des masses de tissu cellulaire ayant une destination purement mécanique, comme une sorte de cément destinée à relier les éléments nerveux entre eux, mais qui, au moins dans la couche corticale du cerveau, représentent bien plutôt un réseau extrêmement fin dans lequel viennent se résoudre les extrémités les plus déliées des fibres nerveuses blanches, et les prolongements des cellules ganglionnaires; un tissu canaliculé, communiquant de tous côtés, qui paraît conduire dans tous les sens, et par conséquent porter aux parties voisines tous les états qui lui sont transmis.

Quoi qu'il en soit, ces éléments de la substance grise présentent sur différents points de ces appareils, un arrangement différent qui permet de conclure à la différence des fonctions. Ainsi dans quelques points les granulations forment une couche propre importante à la partie la plus inférieure de la substance grise, par exemple dans la couche corticale du cervelet et dans la corne d'Ammon, tandis que dans la couche corticale du cerveau elles ne forment pas une couche distincte, et sont plutôt disséminées. Ainsi, la substance grise du cervelet contient surtout de grosses cellules, celle du cerveau au contraire, — outre un certain nombre de grosses cellules, — en contient surtout de petites (*cellules de la sensibilité*, Jakubowitsch); en outre, les cellules sont parfois séparées, éparses sur certains points, tandis que sur certains autres, elles sont agglomérées et affectent la disposition en lames ou en couches. Les fibres fines qui proviennent de la substance blanche s'étendent dans le cervelet presque jusqu'aux couches les plus inférieures seulement de la substance grise; dans les circonvolutions cérébrales, elles pénètrent plus loin dans la substance grise, et fournissent à presque toutes les couches de cette substance des éléments fibreux qui paraissent y suivre une direction horizontale. Dans quelques endroits les cylindres d'axes des fibres blanches paraissent se fondre dans les prolongements des cellules ganglionnaires, sur d'autres points, ils semblent se terminer par des granulations (cervelet). Dans certains endroits de la substance grise (dans la corne

d'Ammon par exemple), les couches épaisses de cellules paraissent donner naissance à un système considérable de fibres qui ne vont pas au delà d'une autre couche de cette même substance grise où elles se terminent aussitôt. En résumé, le peu que nous savons, quant à présent, de la structure intime de la substance grise, nous permet de supposer non-seulement qu'il se passe dans ces appareils d'une extrême délicatesse une foule de phénomènes très divers, mais encore que ces phénomènes doivent présenter des différences essentielles dans chacune des parties du cerveau.

§ 11. — La substance blanche du cerveau se compose de fibres primitives transparentes, généralement très fines ici, qui se divisent un grand nombre de fois dans cette même substance, et qui, à ce qu'il paraît, pénètrent ensuite dans la substance grise où leurs dernières divisions se réunissent, se terminent ou prennent naissance. Qu'une certaine partie de la substance blanche du cerveau soit formée par les prolongements immédiats des trois cordons de la moelle de chaque côté, mais qui y subissent un entrecroisement multiple, cela ne fait pas de doute; on peut suivre facilement par exemple des parties des cordons latéraux et postérieurs jusque dans le cervelet, et des cordons antérieurs, jusque dans les corps quadrijumeaux, dans le corps calleux, etc., et d'après des recherches sur lesquelles on est d'accord, on doit admettre que chacun des renflements en forme de ganglions, dont l'ensemble constitue le cerveau, reçoit des prolongements des trois cordons de la moelle épinière. Mais il est évident que ces prolongements ne forment qu'une petite partie de la masse de la substance blanche; d'autres systèmes de fibres viennent s'y ajouter; ce ne sont pas seulement les épanouissements centraux des nerfs des sens qui, à leur entrée dans le cerveau, se divisent en plusieurs parties dont chacune affecte une direction différente, et qui constituent parfois à l'intérieur du cerveau des expansions membraneuses d'un certain volume, mais ce sont aussi les nouveaux systèmes de fibres fournis surtout par les commissures.

Il serait très important de bien connaître les conditions de mélange et de disposition de chacun de ces divers systèmes de fibres et leurs rapports avec les prolongements correspondants des trois cordons de la moelle. Jusqu'ici on n'a pas encore réussi à acquérir sur ce point une clarté parfaite, mais on a cependant fait un pas dans ce sens, en débrouillant jusqu'à un certain point les divers systèmes de fibres de la substance blanche.

Dans l'état actuel de la science on trouve dans le cerveau les principaux systèmes suivants:

1° Le système de fibres de la *grande couronne rayonnante*. Ces fibres pénètrent dans toutes les circonvolutions de la face externe des hémis-

phères, surtout à leur partie postérieure, et vont jusqu'au sommet des circonvolutions; on doit attribuer à ce système surtout une relation avec les fonctions motrices. La couronne rayonnante n'est pas simplement le prolongement de certaines parties de la moelle allongée, c'est ce que démontre, d'une façon évidente, le volume considérable qu'elle présente chez l'homme relativement à celui de la moelle allongée; on observe l'inverse chez la plupart des animaux; la couronne rayonnante est beaucoup plus petite chez eux.

2° L'expansion du corps calleux. Le corps calleux (comme le pont de Varole dans le cervelet) paraît devoir être considéré comme l'analogue, mais plus développé, de la commissure antérieure de la moelle épinière. Il paraît être principalement constitué par les fibres entrecroisées de la grande couronne rayonnante, qui se rendent à l'hémisphère opposé (chaque moitié du corps est sous la dépendance de l'hémisphère opposé). Les fibres provenant du corps calleux se distribuent dans toutes les circonvolutions d'un hémisphère, mais surtout à leurs parties interne et supérieure.

3° Le système de fibres de la commissure antérieure, dont une partie se termine tout de suite dans les circonvolutions inférieures du lobe moyen du cerveau, tandis que l'autre pénètre dans le lobe postérieur, d'où elle se distribue à toute l'étendue du bord supérieur des hémisphères. La commissure antérieure représente donc chez l'homme un appareil destiné à relier ensemble les deux hémisphères dans leur totalité (chez beaucoup d'animaux il établit plutôt une communication entre les lobes olfactifs). Il me paraît très douteux que l'on puisse attribuer au système des fibres de la commissure antérieure, ainsi qu'on a déjà voulu le faire, les hautes facultés psychiques; le volume considérable que ce système acquiert chez le Kangourou (Gratiolet) me semblerait plutôt indiquer qu'il préside aux mouvements des membres inférieurs.

4° L'épanouissement des nerfs des sens dans le cerveau, et en particulier du nerf optique. On suit les nombreuses irradiations du nerf optique en forme d'éventail, dans les hémisphères jusqu'au sommet du lobe postérieur; on en suit également quelques-unes dans toutes les circonvolutions antérieures dont le grand développement caractérise le cerveau de l'homme. Le nerf optique et ses racines n'ont dans l'espèce humaine qu'un volume relativement peu considérable; mais, dans le cerveau, l'épanouissement de ce nerf prend un développement extraordinaire. Toutefois cet épanouissement ne saurait être considéré comme le simple prolongement des fibres du nerf optique, mais plutôt comme le résultat de leur multiplication et de la formation d'un nouveau système de fibres. Ce développement considérable de l'épanouissement du nerf optique paraît constituer un des caractères essentiels du cerveau humain

(et aussi probablement chez quelques singes), et représenter un appareil destiné à quelques-unes des facultés les plus élevées de l'intelligence. Chez presque tous les mammifères, les impressions de la vue paraissent déterminer des actions réflexes beaucoup plus simples et immédiates en très grande partie dans les corps quadrijumaux qui reçoivent la racine principale (ou même, chez quelques-uns, la racine unique) du nerf optique; chez l'homme, au contraire, les impressions transmises par le nerf optique semblent plutôt provoquer dans l'épanouissement cérébral même de ce nerf (par sa combinaison avec des fibres et des masses ganglionnaires provenant d'autres systèmes), une élaboration psychique ultérieure, avant de déterminer le mouvement (1). — Il paraît exister dans le cervelet et aussi dans le cerveau une expansion fournie par les nerfs auditifs; cette expansion paraît pénétrer avec le prolongement des fibres du cordon postérieur de la moelle à travers le thalamus, jusque dans les hémisphères.

5° Quelques systèmes spéciaux de fibres qui passent d'une circonvolution à l'autre et tapissent la face interne de la couche corticale grise; à ces systèmes paraît se rattacher celui des fibres de la circonvolution de l'ourlet qui s'irradie dans toutes les circonvolutions de la face interne des hémisphères; ces fibres arciformes constituent ainsi des commissures entre les différentes parties d'un même hémisphère. —Tandis que la substance grise elle-même a pour objet de conduire et de communiquer les impressions à tout le cerveau, ces systèmes de fibres de substance blanche paraissent également transmettre à toutes les parties des hémisphères les impressions qu'ils reçoivent de tous les côtés.

Les prolongements des cordons postérieurs de la moelle ou les masses de fibres qui viennent directement s'y joindre, se distribuent successivement au cervelet, aux corps quadrijumeaux, à la couche optique et aux hémisphères. D'après M. Foville, dont les recherches d'ailleurs demandent confirmation sur un grand nombre de points, il existerait dans le cerveau deux grands groupements de fibres, distincts par leur mode de disposition, mais entrelacés l'un dans l'autre, dont l'un s'unit aux cordons antérieurs et l'autre aux cordons postérieurs. A ce dernier groupe, qui est de beaucoup le plus important, appartiendraient non-seulement les renflements successifs que l'on trouve sur l'axe du cer-

(1) M. Gratiolet, que nous avons suivi dans ces descriptions anatomiques, donne une explication un peu différente. Il pense que chez les animaux le cerveau recevrait dans les tubercules quadrijumeaux les impressions du nerf optique déjà mélangées avec les impressions de l'appareil automatique mis en mouvement, tandis que l'homme reçoit directement ces impressions et peut par là dominer l'automatisme.

(*Note de l'auteur.*)

veau, les corps quadrijumeaux, les thalamus, et les corps striés avec leurs noyaux gris, mais encore tout le corps calleux, le septum lucidum et le trigone avec ses dépendances, tous organes qui entourent en forme d'anneaux le cône de fibres nerveuses qui, provenant des cordons antérieurs et latéraux, pénètrent sous forme d'un tronc aplati à travers les masses grises du thalamus et du corps strié, et se ramifient ensuite à l'intérieur des hémisphères. D'après M. Foville, notamment la membrane nerveuse de la surface ventriculaire, et, comme celle-ci dans la corne d'Ammon se prolonge dans la lamelle blanche la plus externe de la couche corticale, toute la surface du cerveau est dans le rapport le plus intime avec les prolongements des cordons postérieurs, de sorte que les prolongements et les dépendances des cordons latéraux et antérieurs, dès leur entrée dans les thalamus, restent absolument enfouis au milieu des parties fournies par les cordons postérieurs et ne s'épanouissent nulle part à la surface du cerveau. Il y aurait là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit pour la distribution des nerfs périphériques ; les surfaces cutanées et muqueuses reçoivent principalement des nerfs fournis par les cordons postérieurs, tandis que les nerfs qui proviennent des cordons latéraux se distribuent presque exclusivement aux couches musculaires sous-jacentes.

D'après cette manière de voir, il faudrait considérer le cerveau et le cervelet dans leur ensemble comme étant de gros renflements gangliformes qui, de même que les ganglions spinaux, appartiendraient en dernière analyse aux prolongements des cordons postérieurs, mais dans lesquels non-seulement les prolongements des cordons antérieurs et latéraux entreraient de la façon la plus intime dans la composition de ces ganglions, mais même y prendraient naissance (dans la couche corticale grise). A ce point de vue, le cerveau représenterait donc un ganglion énorme résultant de la fusion du nerf optique et du nerf olfactif, et le cervelet représenterait un ganglion fourni par le nerf auditif (et la cinquième paire). On peut laisser subsister cette dénomination de *ganglion*, mais si l'on s'attache à en préciser plus exactement le sens, on sera amené à conclure que le cerveau et le cervelet sont l'épanouissement interne d'un système nerveux central, en quelque sorte spécial, dans lequel les prolongements immédiats des cordons médullaires se combinent d'une façon intime avec de nouvelles masses de substance grise, avec de nouveaux systèmes de fibres blanches (en particulier les expansions centrales des nerfs des sens), circonstance dont l'importance physiologique nous est démontrée par la part très grande qui revient à l'activité centrale des sens dans presque tous les actes psychiques.

§ 12. — Ainsi l'on retrouve dans le cervelet des prolongements des trois cordons de la moelle, dans cette agglomération compacte de lames

médullaires qui forment le noyau du cervelet et ses enveloppes immédiates; et d'après M. Foville, ce noyau lui-même est entouré d'une expansion membraneuse de substance nerveuse qui tapisse la face interne de la couche corticale grise, et qui est formée par les prolongements du nerf auditif et de la cinquième paire. Ces deux nerfs envoient en outre aux couches de fibres du noyau cérébelleux des prolongements qui sont doublés à leur intérieur par la membrane frangée des olives du cervelet.

Le cordon latéral de la moelle épinière en formant les corps restiformes apporte encore un élément considérable au cervelet : ces fibres se rendent principalement aux hémisphères cérébelleux, la portion moyenne du cervelet n'en reçoit qu'un très petit nombre, peut-être même n'en reçoit-elle aucune. Le système de fibres du pont de Varole se rend aussi aux parties latérales du cervelet. La substance blanche qui entoure immédiatement les olives du cervelet et que l'on retrouve à l'intérieur des hémisphères cérébelleux, provient en grande partie du pédoncule cérébelleux supérieur, lequel constitue le seul point de communication directe entre le cerveau et le cervelet, Le fait de l'entrée d'une racine du nerf auditif avec le corps restiforme dans le noyau du cervelet est confirmé par M. Gratiolet. — M. Guillot a publié (*L'Expérience*, t. II, 1838, p, 497) un cas de notencéphalie, dans lequel le nerf auditif et la cinquième paire entraient dans les poches qui correspondaient au cervelet, et les nerfs optique et olfactif pénétraient dans la partie qui représentait le cerveau. — Il est certain cependant que ce n'est pas dans le cervelet que se produisent les perceptions de l'ouïe. Le peu que l'on puisse dire sur les fonctions de cette partie du cerveau se réduit à ceci, qu'elle semble plutôt présider aux appareils de mouvements de la colonne vertébrale et du tronc qu'à ceux des extrémités; très probablement aussi elle tient sous sa dépendance certaines parties des viscères (organes génitaux). La cinquième paire et le nerf anditif y sont sans doute aussi pour quelque chose. Le cervelet paraît jouer un très petit rôle dans les facultés intellectuelles élevées.

Les corps quadrijumeaux n'ont également qu'une importance très minime au point de vue des facultés psychiques; chez l'homme et dans les espèces supérieures des animaux, ils sont d'autant plus petits que les hémisphères présentent un développement plus considérable. Ils sont liés de la manière la plus essentielle au sens de la vue, ils sont indispensables pour la sensation de la vision elle-même, mais ils constituent principalement l'appareil des actions réflexes que la vue exerce sur de grands actes musculaires combinés.

Dans le cerveau, les prolongements des trois cordons de la moelle épinière sont également groupés de telle façon que les parties antérieures

et latérales qui rayonnent vers l'extérieur sont entourées comme dans une série d'anneaux successifs précédemment énumérés (corps quadrijumeaux, thalamus, corps strié) et pénètrent enfin dans la couche corticale du cerveau dans le centre des circonvolutions (naissent-elles de là ?). Les masses blanches des hémisphères ne sont pas en rapport avec la masse des nerfs périphériques ou des cordons médullaires, mais bien avec celle de la substance corticale, dont la surface — qui, d'après M. Baillarger, mesurerait environ 1,700 centimètres carrés d'étendue, — préside non pas aux sensations extérieures, ni au mouvement musculaire, mais à l'intelligence.

De ces trois parties accessoires, qui sont surajoutées au noyau cérébral et à la face postérieure des prolongements que la moelle épinière envoie dans le cerveau (cervelet, corps quadrijumeaux, hémisphères), c'est toujours cette dernière qui a les rapports les plus immédiats avec l'intelligence ; malheureusement ses fonctions sont de telle nature que (comme celles du cervelet) elles échappent en grande partie à l'expérimentation. Ses actions motrices très étendues président plutôt aux mouvements des membres et surtout des membres supérieurs, de la langue et des muscles du visage, qu'à ceux du tronc. Les hémisphères sont le siége de toute conscience, de toute délibération, et c'est de là que semblent provenir tous ces actes extrêmement complexes qui servent d'intermédiaire d'un côté entre les impressions sensoriales et les phénomènes psychiques abstraits, et de l'autre entre ces derniers et les mouvements. Quelle part déterminée fera-t-on ici à la vie proprement psychique, où posera-t-on la limite à laquelle s'arrêtent la sensation et le mouvement ? C'est ce qui est presque arbitraire. Que l'on pense à la multiplicité infinie des mouvements que la langue exécute dans l'action de parler, à l'habileté avec laquelle nous nous servons de nos membres et en particulier de nos mains ; dans ces actes, que d'innombrables intuitions et impulsions de mouvements doivent se succéder dans les organes centraux avec une rapidité et une harmonie admirables que rien n'égale ! Toutes ces facultés à elles seules devaient nécessiter un développement beaucoup plus considérable du cerveau chez l'homme que chez les animaux. On voit souvent dans les maladies une lésion localisée des hémisphères supprimer tout intermédiaire entre le mot pensé et le mouvement de la langue, entre la détermination et l'usage des membres ; beaucoup de ces phénomènes qui ont l'apparence paralytique résultent certainement non pas d'un trouble direct dans les fonctions de l'appareil locomoteur, mais bien dans l'exercice des facultés psychiques. — Que l'on pense d'un autre côté à la multiplicité infinie des phénomènes — que nous ne pouvons ni nommer, ni isoler — qui se produisent par exemple entre l'impression résultant de la vue et

les idées abstraites; ces phénomènes sont également déterminés par les causes ayant leur siége dans les appareils des hémisphères. La sphère de la sensibilité étant beaucoup plus forte, plus variée et plus développée chez l'homme que chez aucun animal, il faut dès lors admettre que ces fonctions exigent un appareil plus vaste.

Les deux nerfs du cerveau, le nerf optique et le nerf olfactif, communiquent avec la surface des ventricules et se relient par les expansions de leurs racines à presque toutes les parties fondamentales du cerveau.

De même que l'infundibulum (cavité ancyroïde) des ventricules latéraux offre à sa partie inférieure un appendice particulier dont les fonctions nous échappent, la glande pituitaire, de même on trouve en haut sur la paroi mince de la cavité ventriculaire qui forme la face inférieure des corps quadrijumeaux un appendice analogue, la glande pinéale. L'analogie est encore plus frappante quand on considère la configuration des parties voisines dans les deux cas, d'un côté, les corps mamillaires et de l'autre les corps quadrijumeaux; mais, tandis que l'un de ces appendices, la glande pituitaire, n'est en rapport qu'avec la substance grise, l'autre, la glande pinéale, ne communique qu'avec la substance blanche. — Ces parties ne paraissent avoir aucune relation avec les fonctions psychiques et sensoriales.

§ 13. — Quand on examine le cerveau sur le cadavre d'un aliéné, il faut d'abord observer l'état des enveloppes du crâne. On doit non-seulement noter avec soin les changements de forme que le crâne peut offrir et qui sont faciles à apprécier (obliquité marquée, courbures rachitiques, voussures locales et enfoncements, etc.), mais encore mesurer chacun de ses diamètres, examiner l'épaisseur et la texture des os qui le composent, le degré de développement des sutures, dont l'ossification chez de jeunes sujets constitue déjà un phénomène morbide. Il faut observer avec une attention toute spéciale si le crâne présente à sa face interne des ostéophytes, des productions osseuses, rechercher l'état des trous qui livrent passage aux gros vaisseaux, et examiner enfin si les veines, les artères, ne présentent ni rétrécissement, ni dilatation, ni aucune dégénérescence. On notera également le degré de réplétion des sinus, et la constitution du sang qu'ils contiennent. — Pour apprécier la quantité du sang contenu dans l'ensemble des membranes (et dans le cerveau lui-même), il faut toujours tenir compte de la quantité totale du sang dans tout le corps, puisque proportionnellement une quantité même considérable de sang accumulée dans le crâne et le cerveau peut être estimée beaucoup moindre dans un état de pléthore générale que dans un état opposé, l'anémie. — A l'état normal la pie-mère et l'arachnoïde sont minces et transparentes ; observe-t-on un certain degré d'opacité dans ces membranes sur le trajet du sinus longitudinal et des gros vaisseaux,

ce fait n'a pas une grande importance s'il s'agit d'un adulte ou d'un vieillard ; il n'en est plus de même si le sujet est jeune, l'opacité des membranes est l'indice qu'il y a eu là antérieurement une hypérémie prolongée. — J'en dirai autant des granulations de Pacchioni, et sous plus d'un rapport aussi de la sérosité que l'on trouve dans la cavité crânienne, car généralement chez les vieillards elle est en quantité plus notable. — Quand le cerveau est sain et qu'il n'y a pas longtemps qu'il est retiré du crâne, les membranes se détachent facilement de sa surface sans emporter avec elles des portions de substance cérébrale, si ce n'est de petits flocons minces et isolés ; le contraire a lieu quand le cerveau est malade. — Les circonvolutions doivent être serrées les unes contre les autres, leur surface doit être lisse et uniforme ; une surface inégale, rugueuse, au contraire, caractérise l'atrophie de quelques circonvolutions ; toutefois cet état a moins de valeur chez le vieillard que chez de jeunes sujets. — Dans un cerveau sain, toute la substance grise tranche fortement avec la substance blanche ; du reste la couche interne de la substance corticale doit être un peu plus claire que les couches plus externes. — La substance blanche doit être plus ferme que la substance grise ; quelques parties, le pont de Varole, la moelle allongée, ont déjà même à l'état normal une plus grande consistance que le reste de la substance blanche. En outre la consistance du cerveau doit être partout uniforme ; les indurations, les ramollissements partiels, sont plus importants à noter que l'induration ou le ramollissement de toute la masse cérébrale.

Je ne crois pas que les pesées du cerveau aient toute la valeur qu'on leur a attribuée à une certaine époque. Ce qu'il y a de plus important à ce sujet, nous l'étudierons dans le livre IV, *Anatomie pathologique* (1).

(1) Je crois devoir faire remarquer dès ce moment qu'il importe, pour juger la valeur des pesées encéphaliques, de bien distinguer les folies simples des folies paralytiques. Dans les premières, en effet, ces pesées n'apprennent rien. On peut même s'assurer, en pesant séparément et comparativement les deux hémisphères cérébraux, comme j'ai l'habitude de le faire, que ces hémisphères sont égaux. Il n'en est plus ainsi dans les folies paralytiques (monomanie, mélancolie, manie, démence). Très souvent on constate que le cerveau est ou très lourd dans la période congestive ou très léger dans la période atrophique. On trouve aussi dans beaucoup de cas l'un des hémisphères plus lourd que l'autre, selon que la congestion ou l'atrophie est plus forte à droite ou à gauche. Les pesées encéphaliques, dans la démence paralytique, ont aussi mis hors de doute ce fait curieux, que le cervelet ne prend point part à l'atrophie géné[illegible] du cerveau, contrairement à ce qui a lieu pour certaines atrophies parti[illegible]ntraînent l'atrophie de l'hémisphère opposé du cervelet.

Quant à la loi du dé[illegible]t graduel du cerveau en raison de la dégradation

SECTION III.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES PHYSIO-PATHOLOGIQUES SUR LES PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES.

§ 14. — La moelle épinière a pour fonctions de conduire les sensations au cerveau et d'en rapporter des impulsions de mouvement; en outre, et c'est là sa fonction principale, elle produit les actions réflexes simples, la transformation encore assez directe des sensations en mouvement. C'est la substance grise qui est le siége des fonctions intermédiaires entre ce double courant centripète et centrifuge; les actions réflexes constituent une de ses fonctions spécifiques. Mais la substance grise transmet aussi des sensations au cervean et en rapporte des impulsions de mouvement. Dans le sens centripète, la substance grise transmet au cerveau certaines qualités de sensations que les cordons postérieurs blancs ne pourraient pas y conduire, qui ne se produisent évidemment que dans la substance grise elle-même, et qui constituent déjà une sorte de modification psychique et de transformation des impressions centripètes. En sens inverse, les intuitions de mouvement, en sortant du cerveau ne paraissent pas posséder encore toutes les qualités de détails nécessaires aux contractions musculaires isolées, il semble que ce soit dans la substance grise seulement que ces intuitions sont élaborées, préparées et coordonnées d'une manière convenable.

C'est dans le cerveau que viennent se réunir toutes les impressions transmises par la moelle épinière, ainsi que celles qui proviennent des nerfs des sens spéciaux (vue, ouïe, etc.). Là, sans se confondre les unes

successive de l'intelligence dans la folie simple, les faits sur lesquels s'est appuyé M. Parchappe pour formuler cette loi seront discutés plus loin. Nous aurons en même temps à examiner les résultats obtenus par le docteur Follet. Je ne veux ici qu'insister sur ce point, que les pesées du cerveau qui ne fournissent aucun enseignement dans les folies simples, ont au contraire une grande importance dans les folies paralytiques et épileptiques, c'est-à-dire dans tous les cas où se trouve l'élément congestif. Je me borne donc à renvoyer aux travaux de M. Parchappe (*Traite de la folie*), de M. Follet (*Considérations théoriques et pratiques sur l'oblitération et l'aberration de l'esprit, déduites de* 300 *autopsies*, 1854), au mémoire de M. Turner (*De l'atrophie unilatérale du cervelet*, dans l'*Union médicale*, 1855), aux observations de M. le professeur Cruveilhier (*Traité d'anatomie pathologique*). Voyez aussi le travail que j'ai lu à l'Académie de médecine, sur la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques (*Annales médico-psychologiques*, 1858). (B.)

avec les autres, elle se rassemblent, s'associent, se combinent entre elles suivant les affinités les plus variées, puis elles déterminent dans le cerveau d'autres images internes nouvelles, mais purement subjectives. Ces images laissent toutes après elles des traces, des vestiges, dont la combinaison produit certains résultats généraux (abstractions) et sans aucune intervention de la volonté, au moment même où ces abstractions se produisent, elles sont déjà logiquement élaborées, rassemblées et associées en jugements, raisonnements, etc. Tous ces phénomènes sont évidemment reliés d'une manière intime à l'activité de la sphère sensoriale du cerveau. — Mais le cerveau est aussi lui-même un immense centre d'actions réflexes dans lequel tous ces états d'excitations sensoriales, dont cet organe est presque constamment le siége, se transforment en intuitions de mouvements. C'est également dans le cerveau qu'ont lieu en partie des actions réflexes encore simples et immédiates des excitations sensoriales sur les contractions musculaires, mais le plus souvent d'une nature très complexe (tressaillements, mouvements cadencés, etc.). Mais des actions réflexes qui sont plus spéciales au cerveau, ce sont celles que déterminent les résultats déjà élaborés d'un très grand nombre d'actes sensoriaux qui se modifient réciproquement et qui sont devenus plus ou moins abstraits. Ils produisent du côté du mouvement des actions réflexes qui ne se traduisent pas immédiatement par des contractions musculaires, mais qui se bornent à fournir les excitations et les images motrices les plus générales pour des mouvements futurs de la complexité la plus grande et pour des actions musculaires composées (actes).

Toutes ces fonctions doivent aussi par analogie être attribuées principalement à la substance grise du cerveau; et en particulier la couche corticale grise des hémisphères, dont la surface considérable constitue l'un des principaux caractères du cerveau humain, et dans laquelle on rencontre souvent des lésions profondes chez les aliénés, la couche corticale grise, dis-je, a été depuis longtemps signalée par beaucoup de physiologistes comme étant le siége de l'intelligence et de la volonté. L'intelligence est, il est vrai, le résultat d'une foule d'actes très compliqués, qui sans doute ne peuvent se passer de phénomènes de transmission, mais les plus importants et les plus complexes doivent aussi être attribués à la substance grise. Mais entre les sens et les abstractions, entre les actes de la volonté et leur accomplissement, il y a une foule d'intermédiaires; nous aurons à les rechercher principalement dans les systèmes de fibres blanches; mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer, nous sommes dans l'impossibilité de déterminer d'une façon absolue la limite exacte où commencent les faits de l'ordre intellectuel proprement dit.

D'ailleurs les parois ventriculaires paraissent aussi jouer un rôle important à l'égard des facultés mentales; c'est-ce que semblent démontrer

les faits dans lesquels les ventricules contiennent une accumulation considérable de liquide (surtout si elle se fait brusquement) ou dans lesquels la constitution de ce liquide est altérée avec macération superficielle des parois ; — dans les cas de ce genre il y a toujours une démence profonde, un état de coma — quelques observations anatomo-pathologiques faites sur des aliénés le démontrent aussi. En conséquence, s'il ne faut pas rapporter les faits psychiques en général à la substance grise exclusivement, il paraît au contraire fort probable que toutes les surfaces libres du cerveau, aussi bien celle de la couche corticale que celle des parois ventriculaires, ont un rapport tout à fait intime avec les phénomènes psychiques, que l'intégrité intellectuelle dépend de l'intégrité de la surface cérébrale et qu'enfin ce sont principalement les lésions de cette surface libre du cerveau qui donnent naissance aux symptômes complexes de la folie. D'un autre côté, il est rare que, dans les cas où la dégénérescence pénètre profondément dans la substance cérébrale, on n'observe pas des troubles du mouvement qui d'ordinaire s'adjoignent au dérangement intellectuel lorsque les lésions s'étendent de la couche corticale ou de la surface du ventricule à une certaine profondeur du cerveau. — Les foyers limités à la substance blanche (sans compression du cerveau) ne donnent jamais lieu à des troubles considérables des facultés psychiques supérieures ; quelquefois même on n'en observe pas du tout, comme si le centre semi-ovale n'avait aucune fonction. Il semble que cette partie soit principalement destinée à la transmission, mais que celle-ci puisse se faire par des voies diverses et passer à côté des points lésés.

§ 15. — Le système nerveux central qui s'épanouit dans les hémisphères est double et symétrique comme le système nerveux périphérique. Mais nous ne pensons pas *double* avec nos deux hémisphères, pas plus que nous ne voyons double avec nos deux yeux. Pour expliquer cette unité de la pensée, aussi bien que celles des impressions transmises par les sens, il faut avoir recours aux parties moyennes simples du cerveau, les commissures. Cependant il est certain aussi que les blessures et les lésions organiques qui intéressent les deux hémisphères à la fois, bien qu'étant relativement peu intenses, donnent naissance à des symptômes plus importants et plus généraux, surtout du côté des facultés psychiques, que ne font les lésions limitées à un seul hémisphère. Quand chez les aliénés on trouve des lésions anatomiques du cerveau, ces lésions, quoique souvent peu importantes en elles-mêmes, existent presque toujours des deux côtés à la fois et sur une étendue généralement assez considérable (hypérémie, atrophie, etc.).

On a vu dans quelques cas les facultés intellectuelles demeurer intactes, bien que l'un des deux hémisphères fût considérablement atrophié ; un seul hémisphère peut donc suffire au fonctionnement de l'intelligence ;

mais on a remarqué aussi que dans ces cas l'esprit se fatiguait très vite. Il semble qu'en pareille circonstance l'activité développée par un seul hémisphère ne peut conserver que pendant très peu de temps une certaine énergie ; ce qui paraît indiquer qu'à l'état normal les deux hémisphères agissent constamment chacun à son tour, ou que l'activité mentale se répartit sur tous deux.

L'opinion de Wigan (*Duality of mind*, London 1844), qui admet une dualité complète de l'âme dans les deux hémisphères cérébraux, l'hypothèse de Hollands (*On the brain as a double organ*, *Chapters on mental physiology*, 2e édition, London, 1858), pour qui certaines maladies mentales, et en particulier les états de tension psychique et de contradiction interne, résulteraient d'une désharmonie dans l'activité des deux hémisphères, enfin la tentative faite récemment par M. Follet pour rapporter les aberrations mentales à un défaut d'équilibre dans l'innervation des deux hémisphères, toutes ces opinions, dis-je, ne me paraissent pas fondées sur des expériences suffisantes.

Dans un seul cas où la maladie était tout à fait récente (mélancolie avec idées de persécution, tentatives de suicide, un frère idiot) le malade, qui avait encore assez bien conscience de son état, sentait très bien, nous disait-il, qu'il ne déraisonnait que d'un seul côté de la tête, du côté droit. — La science possède quelques faits analogues ; on en trouve dans Friedreich (*Allgemeine Pathol. d. psych. Krankh.*, *Erlangen*, 1839) et dans Demme (*Ueber ungleiche Grösse beider Hirnhaelften*, *Wurzb.*, 1831). Quant à nous, nous ne sommes nullement disposé à accorder à ces faits une grande valeur.

§ 16. — La vie psychique, chez l'homme comme chez les animaux, commence dans les organes des sens ; c'est un courant constant qui va du dehors au dedans dans la perception et du dedans au dehors dans les organes de mouvement. La transformation des impressions sensoriales en mouvement constitue la forme générale de l'action réflexe, avec ou sans perception sensitive. Chez les animaux et chez les enfants, des formes simples de ce double courant peuvent être observées à divers degrés de développement. Peu maîtrisées par des perceptions claires et énergiques, nous voyons chez eux les impressions sensitives se transformer en excitations motrices, une tendance à une excessive mobilité, qui traduit immédiatement par la parole ou par des actes les impressions momentanées venues du dehors. Entre ces deux actes fondamentaux de la vie psychique, il s'interpose toujours quelque chose excité par la sensation, un troisième élément qui présente, il est vrai, de l'analogie avec la sensation et qui est avec elle en connexion étroite, mais qui cependant n'est pas elle. Il se forme là pour ainsi dire une sphère accessoire qui tient le milieu entre la sensation et l'impulsion motrice ; et cette sphère se déve-

loppant, s'étendant, s'agrandissant peu à peu, finit par devenir elle-même un centre puissant et complexe, qui, à son tour, domine sous beaucoup de rapports la sensation et le mouvement, et au sein de laquelle enfin se meut toute la vie spirituelle de l'homme. Cette sphère, c'est l'intelligence.

Tous les phénomènes intellectuels se passent au sein de l'intelligence; c'est elle qui constitue l'énergie spéciale de l'organe de l'âme, et tous les faits psychiques que l'on distinguait autrefois comme autant de facultés différentes (imagination, volonté, émotions, etc.) ne sont que des rapports différents de la perception avec la sensation et le mouvement ou le résultat du conflit des pensées avec elles-mêmes.

Ce qu'est à proprement parler l'intelligence, ce qui se passe dans le cerveau quand on pense, personne ne le sait, mais les formes sous lesquelles cette faculté se manifeste sont accessibles à l'observation, et le lieu où elle entre en exercice ne nous est pas inconnu. Tout semble indiquer que tout au moins les idées nettes, claires, naissent dans le cerveau; on peut même dire avec raison que la perception se rapproche beaucoup des fonctions sensoriales internes et fait même partie de ces fonctions (1). Il semble que la perception soit essentiellement composée de deux choses: d'un côté, d'une excitation subjective ordinairement très faible, pâle, des centres sensoriaux, et de l'autre côté, d'une combinaison de plusieurs de ces excitations qui donnent naissance à une image générale (abstraite), et ultérieurement on peut mettre en saillie chacune des impressions d'où est résulté l'ensemble.

Dans le sens le plus large du mot (dans celui, par exemple, où Herbart l'a employé) tout fait intellectuel, tant actif que passif, et naturellement ainsi la sensation, se ramène à une perception. La sensation est une perception qui naît dans le cerveau par suite de la transmission immédiate d'une excitation qui a agi sur une fibre centripète. Une foule d'autres perceptions ne sont pas immédiatement provoquées par l'irritation des nerfs sensitifs, elles sont produites intérieurement par les fonctions du cerveau, qui sont indépendantes de toute excitation sensoriale; elles sont liées également aux traces que les impressions sensoriales antérieures ont laissées dans le cerveau, ainsi qu'aux phénomènes intimes de la sensation.

Nous parlons des idées tantôt seulement comme de choses dont nous avons conscience, c'est-à-dire qui sont présentes actuellement à l'esprit et qui ont un certain degré de force et de netteté, tantôt comme absentes

(1) « Les idées, dit Aristote (*De l'âme*, III, 8), sont comme des sensations, mais sans matière. »

(*Note de l'auteur.*)

(en apparence conservées dans la mémoire, mais qui dans le fait n'existent plutôt qu'à l'état de dispositions). — Il y a dans l'intelligence une vie et un mouvement actifs, bien que nous n'en ayons pas conscience, mais que nous reconnaissons par leurs résultats. — Une activité constante règne dans cette sphère plongée dans les ténèbres ou le crépuscule, qui est beaucoup plus grande et plus caractéristique pour l'individualité que le nombre relativement petit d'idées passées à l'état de conscience. Une foule d'irritations physiques, d'impressions nées au sein même de l'organisme frappent tout d'abord et même pour ainsi dire exclusivement cette sphère, et agissent sur elle, sans que nous en ayons conscience, en modifiant les phénomènes qu'elle comporte. Ces phénomènes, les mouvements qui se produisent dans ce domaine, contribuent puissamment à déterminer la disposition actuelle du caractère ; ce sont eux qui dirigent nos goûts, qui guident nos sympathies et nos antipathies.

Un changement brusque et radical dans nos idées s'accompagne quelquefois (mais très rarement) de phénomènes que l'on croit ressentir dans la tête ; il semble que l'on ait la sensation de quelque chose qui s'ouvre ou qui se ferme, qu'on y reçoit une secousse légère, que des nuages s'amoncèlent ou se dissipent. M. Guislain (*Leçons orales*, t. II, p. 178) et M. Trélat (*Annales méd.-psych.*, t. VIII, p, 175) citent des faits analogues; j'en connais un moi-même sur lequel je ne puis avoir aucun doute. — Naturellement il ne faut pas conclure de là que ces individus ressentent un changement qui se produit réellement dans l'état du cerveau ; ces phénomènes semblent plutôt se rapporter aux membranes cérébrales, à leur contenu sanguin et peut-être aussi à la distribution du liquide céphalo-rachidien.

§. 17. — Nous avons vu qu'on peut regarder le cerveau dans son ensemble comme représentant deux ganglions superposés aux nerfs des sens et dans lesquels les expansions centrales de ces nerfs s'unissent à de nouvelles masses de substance nerveuse. D'accord avec cela, en analysant les faits de l'intelligence, nous trouvons un phénomène d'une importance capitale, c'est l'action tout à la fois simultanée et réciproque de l'activité intellectuelle et de l'activité sensoriale centrale. Non-seulement l'intelligence est constamment tenue en éveil, excitée et entretenue par les impressions venant des sens, non-seulement l'intelligence à son tour sollicite l'action synergique des sens (hallucinations, illusions, etc.), mais encore toutes nos pensées, quand elles sont un peu nettes, doivent constamment s'accompagner d'un certain degré d'activité sensoriale, d'images sensoriales pâles et légères. L'idée la plus claire et la plus nette est celle qui se produit avec le secours de la vision, dans laquelle il entre essentiellement des images visuelles, d'où l'on peut supposer que cette idée naît dans le ganglion cérébral du nerf

optique. Il est à croire également que chez les animaux, chez qui le nerf olfactif fournit des expansions volumineuses aux parois des ventricules, les perceptions de l'odorat jouent un très grand rôle dans l'intelligence. — Au contraire, les idées résultant de pures sensations de sons (l'idée musicale, par exemple) sont très vagues, très indécises, et très difficiles à exprimer ; et il est fort remarquable que, pour traduire cette idée qui consiste simplement dans l'ensemble des impressions produites par un grand nombre d'objets analogues, ensemble dans lequel chaque élément concret vient se fondre, et pour lesquelles elle ne peut jamais donner une intuition adéquate suffisante, et en particulier, pour la perception intelligible, nous n'ayons également d'autres moyens à notre disposition que des sons, des *mots.*

La parole est un phénomène beaucoup trop complexe pour qu'on puisse la localiser dans certains points déterminés du cerveau. Quelques-unes des parties inférieures du cerveau, la surface du quatrième ventricule, les corps olivaires, qui sont beaucoup plus développés chez l'homme que chez les animaux, peuvent bien avoir une relation intime avec l'expression des idées, avec l'articulation des sons, mais en tout cas il y a encore d'autres parties du cerveau, par exemple, les parties antérieures des hémisphères, qui ont une influence considérable sur la parole.

C'est surtout dans les faits pathologiques où les mots manquent, bien que les idées correspondantes subsistent, où le malade prononce toujours des mots autres que ceux qu'il voulait dire, c'est dans ces faits, dis-je, que l'on peut voir la multiplicité des instruments qui doivent simultanément entrer en action dans le langage. — Ce genre de lésion de la parole n'est pas très fréquent chez les aliénés ; c'est surtout dans les maladies localisées sous forme de foyer dans le centre semi-ovale ou dans le cerveau en général, qu'on les observe. — Nous parlerons plus tard des troubles de la prononciation chez les aliénés.

Nous ne reconnaissons pas toujours d'une manière bien exacte la véritable nature psychologique des *mots.* Les mots sont des images sonores conventionnelles, des signes destinés à représenter des formules déjà très générales ; par eux-mêmes ils ne nous donnent pas d'idées concrètes, d'ordinaire ils se bornent à exciter en nous une foule d'idées qui ne sont encore qu'incomplétement développées, qui n'arrivent que d'une façon incomplète à l'état de conscience et dont les détails varient chez chaque individu. C'est pourquoi chaque personne attache une idée un peu différente aux mots, c'est pourquoi il est si difficile de donner une définition exacte et bien tranchée des idées qui appellent les mots, et de résoudre enfin la question de savoir ce que nous devons entendre par les mots et par leurs combinaisons possibles. L'apparition souvent si vague

et si indéterminée d'idées qui disparaissent avant d'être arrivées à un degré de netteté complète, et qui sont aussitôt remplacées par d'autres idées elles-mêmes incomplétement développées, entraîne le danger de superficialité, d'abstraction, de manque d'idées concrètes pour celui qui a l'habitude de s'en tenir simplement aux mots. — Sans doute, toutes les facultés élevées de l'intelligence sont liées d'une façon intime à la parole; les animaux sont muets, la parole et le domaine des mots sont spécifiques de la vie de l'âme humaine. Cependant il y a des moments où il semble que notre vie intime dépasse la forme des mots, il semble que quelque chose d'indicible, d'inexprimable, que jamais oreille humaine n'a entendu, surgisse d'une profondeur inouïe et vienne tout à coup se présenter à notre esprit, et plus tard, quelques connaissances que nous possédions et à quoi que nous puissions arriver, il semble que jamais nous ne puissions voir l'accomplissement de ce que notre pensée nous avait promis dans ce moment. C'est alors que l'on comprend la valeur de ce mot de Goëthe : « Mépriser la parole ». — Ces circonstances, qui par leur nature même s'accompagnent de sentiments très forts et même surabondants, doivent surtout se rencontrer plus souvent dans les diverses formes de l'aliénation que dans l'état normal.

§ 18. — Une comparaison approfondie de ce qui se passe au sein de la perception avec ce qui se passe dans l'impression sensible nous montre qu'il existe entre ces deux processus une foule d'analogies importantes et aussi quelques différences qui méritent toute notre attention et qu'il est indispensable de connaître pour bien comprendre la folie.

1° Et d'abord il est bon de rappeler que dans l'une et dans l'autre nous retrouvons les mêmes conditions générales d'irritation et d'irritabilité. L'une et l'autre ne sont à l'état de repos complet que dans le sommeil le plus profond; le repos ordinaire, qui apparaît au sens de la vue en tant que ténèbres, et dans la perceptivité comme le vide, est encore lui-même une certaine activité, nous avons conscience de ce champ obscur de la vision, de ce vide qui existe dans la sphère de la perception. Mais l'affection propre du sujet, ce qui dans l'impression sensible est couleur, son, odeur, c'est toujours la réalité actuelle, c'est-à-dire la perception passée à l'état de conscience. De même que dans la vue, l'ouïe, etc., il y a une infinité de degrés et de nuances quant à la force et à la netteté des impressions, de même aussi pour la netteté et la conscience de la perception il y a une foule de degrés, la perception est plus ou moins forte, plus ou moins nette, plus ou moins distincte.

2° Pour le développement et le progrès normal de la perception aussi bien que de la sensation, il faut une excitation du dehors constante, modérée, adéquate. Dans les fonctions des sens, cette excitation se produit par une impression réelle externe, et ce qui se passe dans le sys-

tème nerveux sensitif, dans ces phénomènes connus sous le nom d'excentriques, est rapporté et en quelque sorte projeté au lieu de cette excitation périphérique ordinaire. Au contraire, les excitations par lesquelles la perception est mise en jeu et qui sont indispensables à l'entretien constant de son activité, elle ne les reçoit jamais immédiatement du monde extérieur, elles lui viennent toujours des impressions sensibles. Il y a donc dans la perception un phénomène excentrique, une projection analogue à ce que nous avons vu dans la sensation, mais cette projection ne se fait pas vers la surface périphérique, en dehors de l'organisme — nous avons toujours conscience que la perception est un phénomène qui se passe dans notre tête, — cette projection se fait dans la sphère même d'où part l'excitation habituelle, c'est-à-dire dans la sphère des impressions sensibles. Cette projection excentrique des perceptions semble être précisément la condition même de la nécessité du passage constant d'images sensibles dont elle est le théâtre. C'est elle qui donne naissance dans l'organe central des sens à cette espèce de demi-hallucination vague qui accompagne toute perception ; c'est elle qui nous donne ces idées si multiples de couleur, de forme, de son, si indispensables à la netteté et à la vivacité de la perception, faculté que la nature a dévolue à chacun de nous dans des proportions très différentes ; c'est elle, en un mot, qui donne un corps aux impressions sensoriales, elle est la base de tous les phénomènes psychiques que l'on rapporte à l'imagination, et en particulier de ceux dans lesquels nous avons non plus seulement une impression faible et vague, mais bien une impression très nette, ressemblant sous beaucoup de rapports à une sensation objective correspondant à une excitation, comme si elle se rapportait à une impression provenant des organes des sens, — je veux parler des hallucinations proprement dites. Ici les perceptions agissent de telle façon sur l'appareil central qu'il se passe dans celui-ci un phénomène qui ne se produit d'ordinaire que sous l'influence d'une excitation externe, il reçoit une sensation.

3° Un excès d'irritation a les mêmes conséquences pour la perception et pour la sensation. Une impression de lumière très intense et brusque, un bruit très violent, une odeur très forte (celle de l'ammoniaque, par exemple), déterminent une sensation très vive et très énergique accompagnée d'un ébranlement instantané des sens. La paralysie immédiate de ce sens peut en être la conséquence, comme on l'a vu dans quelques cas pour la vue, l'ouïe, la sensibilité de la peau, et même comme M. Graves en a vu un fait très remarquable, pour l'odorat. Mais, sans que les choses aillent jusqu'à la paralysie, cette sensation exagérée a toujours pour résultat un amoindrissement plus ou moins considérable de la finesse de ce sens, qui se prolonge plus ou moins longtemps après que la cause a cessé

d'agir, et qui fait que l'organe est moins sensible aux impressions faibles (par exemple, persistance de l'image du soleil dans l'œil après que l'on a été ébloui par cet astre, persistance du bruit du canon quelque temps après que le coup est parti). Il en est de même pour la perception. Une impression très-vive vient-elle à faire naître tout à coup dans notre esprit un certain complexus de perceptions, l'ébranlement que son premier choc détermine peut amener la paralysie de l'organe qui est le siége de la perception (tels sont les cas de mort subite par paralysie du cerveau sous l'influence d'un acte psychique violent) ; sans aller jusque-là, dans tous les cas, longtemps encore après que cette impression est passée, le complexus de perceptions qu'elle a provoquées domine complétement notre conscience, et la sensibilité se trouve notablement diminuée pour un temps assez long à l'égard de toute autre perception. C'est ainsi déjà que les événements qui ébranlent profondément notre existence peuvent faire de grands ravages dans notre âme et l'appauvrir considérablement.

§ 19. — 4° Les perceptions et les fonctions sensoriales (le sens de la vue nous en fournit un exemple frappant) ne peuvent pas durer un temps illimité avec le même caractère et la même intensité ; la sensibilité tout comme la perceptivité se fatigue bientôt lorsque le même acte se prolonge, et pour éviter cette fatigue, il est nécessaire qu'un certain changement se produise. Dans les cas où il n'y a pas de cause occasionnelle extérieure qui puisse déterminer ce changement, une nouvelle perception, une nouvelle sensation est provoquée par la première d'une manière purement subjective. Le plus simple des phénomènes de ce genre dans la sphère de la sensibilité, c'est ce que l'on appelle les couleurs complémentaires, le contraste subjectif des couleurs (apparition du bleu après avoir vu une couleur orange, du violet après avoir vu du vert, etc.). Dans la perception, il se passe quelque chose d'analogue ; les perceptions, tout comme les impressions sensoriales, se relient entre elles d'après les mêmes rapports, d'ailleurs très obscurs au fond, de contraste et d'analogie. Quand une perception a duré un temps assez long, elle en provoque une autre analogue ou contrastant avec celle-ci, c'est-à-dire qu'il peut se produire une série de perceptions tout à fait nouvelles, ou, au contraire, l'esprit retourne à la première qui reste dominante.

Il est très frappant, par exemple, de voir, sous l'influence d'idées tristes, motivées par une cause extérieure, surgir tout à coup des idées complétement opposées à celles-ci et joyeuses. Le fait de la production subjective des idées est d'ailleurs un des faits les plus généraux de la vie intellectuelle ; des observations faites dans ce domaine, on peut déduire ce que l'on appelle la loi des associations d'idées. Les idées s'appellent les unes les autres aussi bien par les sens qu'elles renferment que par l'analogie des images sensoriales qui les accompagnent (images de la vision,

de l'ouïe, mots); ce dernier fait s'observe parfois chez les aliénés, notamment chez les maniaques il est très frappant; ces individus trouvent avec une rapidité extrême, et débitent de même de longues séries de mots consonnants qui ne se rattachent les uns aux autres par aucun sens ou du moins que par un sens très lâche.

Même dans des sens autres que celui de la vue, par exemple dans la sensibilité cutanée, mais surtout quand il y a un état pathologique, nous voyons une sensation, par exemple une douleur provoquée sur un certain point du corps, déterminer sur d'autres points une sensation analogue, chatouillement, douleur, etc., ce qui prouve la tendance que ces sensations éloignées ont toujours à accompagner les premières.

En tant que l'association des idées ne provoque pas de perceptions nouvelles, et qu'elle se borne à en réveiller et à en reproduire d'anciennes, on désigne ce phénomène sous le nom de *mémoire*. La marche de ce phénomène de reproduction est souvent tout à fait obscure et insaisissable; d'anciennes perceptions surgissent tout à coup sans qu'on puisse leur assigner une cause dans les idées antérieures, de même que la reproduction d'images sensoriales que Henle a décrite sous le nom de *mémoire des sens*, surgit tout à coup, et sans aucun motif dans le champ de la vision.

Comme c'est sur cette reproduction centrale de la perception que reposent tous ces phénomènes si délicats de la combinaison des idées, l'intelligence est gravement affectée toutes les fois qu'il y a un affaiblissement assez notable de la mémoire. Chez beaucoup d'aliénés, chez les idiots en particulier, l'impossibilité de juger et de raisonner exactement a son principe dans l'extinction de la mémoire. Les idées sont retenues et reproduites d'autant plus facilement qu'elles se sont montrées plus fortes et plus vives dès le début, que le cerveau est plus sain et plus actif. Toutes les maladies cérébrales peuvent anéantir ou suspendre la mémoire, et par suite l'état de la mémoire chez beaucoup d'aliénés, donne la mesure de la gravité de la maladie du cerveau. Des modifications même très légères de l'état du cerveau, comme l'action des alcooliques par exemple, peuvent activer ou, au contraire, entraver considérablement la reproduction des idées, détruire certaines associations d'idées qui, auparavant, étaient courantes et faciles, ou en faire surgir d'anciennes qui étaient entièrement oubliées. Il y a peu de faces de la vie psychique sur lesquelles les impressions directes purement physiques aient une influence aussi marquée que sur la mémoire; toutefois il ne faut pas envisager cette question d'une manière trop matérielle. Les exemples, qui paraissaient si surprenants, de perte tout à fait partielle de la mémoire à la suite de blessures ou de maladies du cerveau, et dans lesquels on pouvait penser que l'appareil qui préside à un certain groupe d'idées avait disparu, ces exemples,

dis-je, semblent être plus généraux qu'on ne l'avait supposé tout d'abord. Il semble que dans ces faits il y a une diminution générale, bien qu'encore modérée, de la reproduction des idées ; celles qui n'ont, avec l'individualité, qu'un lien assez faible sont celles qui disparaissent plus complétement. (Gratiolet.)

Dans toutes les fonctions des organes centraux, de la moelle épinière même, il y a une mémoire ; il y en a une pour les actions réflexes, tout aussi bien que pour les images sensoriales, pour les mots et pour les idées. Avec l'habitude dans cette reproduction de faits et d'idées qui devient de plus en plus vide et superficielle, contraste l'inspiration qui fait sortir d'idées qui ne sont pas isolément passées à l'état de conscience une série d'idées nouvelles.

§ 20. — 5° Un autre rapprochement encore, c'est que dans l'organe de la perception comme comme dans les organes de la sensation l'énergie qui leur est propre peut être mise en jeu non-seulement par leurs excitants externes normaux, mais encore par des excitations internes qui diffèrent de la perception et de la sensation elles-mêmes, en particulier par des excitations morbides. L'inflammation de la choroïde a pour conséquence une irritation de la rétine qui se traduit par l'apparition de sensations subjectives de lumière, de globes lumineux, d'étincelles, d'éclairs, etc. ; de même toute irritation déterminée sur les filets d'un nerf sensitif ou sur le tronc nerveux lui-même peut provoquer des sensations subjectives de son, d'odeur, de saveur, ou dans la sensibilité de la peau, la sensation de froid, de brûlure, de fourmis, etc. De la même manière, l'irritation du cerveau résultant d'une excitation interne, organique, se manifeste par de nouveaux phénomènes morbides de la perception. De même que l'inflammation de la membrane vasculaire de l'œil détermine des sensations lumineuses anormales, de même aussi les maladies de la membrane vasculaire du cerveau, de la pie-mère, qui recouvre d'une manière si intime la surface libre de cet organe, et qui pénètre même dans son intérieur, l'hypérémie et l'inflammation exsudative de cette membrane, déterminent aussi des anomalies de la perception (délire), de nouveaux états de l'âme qui se manifestent de l'intérieur vers l'extérieur (agitations, émotions, etc.) : naturellement la même chose a lieu, à un degré bien plus élevé encore dans les maladies de la substance même du cerveau. Mais ce ne sont pas seulement les lésions anatomiques palpables du cerveau qui donnent lieu à ces anomalies de la perception ; la simple irritation cérébrale résultant de la propagation au cerveau d'un état nerveux siégeant dans un viscère plus ou moins éloigné, le cœur, l'intestin, les organes génitaux, peut évidemment amener le même résultat. L'existence d'une liaison intime entre les nerfs des viscères abdominaux, le cerveau et le cervelet, est un fait démontré expérimentalement, et, de même

que dans les limites encore physiologiques de la santé générale, l'état de l'intestin exerce une influence réelle sur la disposition du caractère et sur l'apparition de certains cercles déterminés d'idées, de même aussi une irritation morbide des nerfs qui a sa source dans ces organes, peut assez souvent faire naître des états morbides de l'âme qui, tantôt disparaissent lorsque l'irritation périphérique disparaît elle-même, mais qui parfois aussi, quand ils ont pris naissance, conservent une existence permanente.

Nous pouvons rappeler dès à présent que, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, ces irritations organiques ne provoquent pas ordinairement au début de nouvelles idées claires et nettes; elles donnent, au contraire, naissance à ces modifications vagues et indéterminées de l'intelligence que l'on désigne sous le nom de *sentiments*, *émotions*. En particulier la rapidité dans la succession des idées, le mode de leur enchaînement sont modifiés par ces impressions organiques qui se combinent avec le mouvement des pensées et des sentiments, « tantôt comme » le balancier d'une machine qui augmente le mouvement qu'il a reçu, » tantôt, au contraire, comme un poids très lourd qui entrave et empê» che complétement le mouvement. » Lotze a très bien décrit cette relation qui existe entre les organes et la pensée : « Le développement » ultérieur de l'organisme, dit-il, agit sur l'âme bien moins en provoquant » des idées précises, déterminées, qu'en amenant certaines dispositions » fixes du caractère ou certaines particularités du mouvement de la pen» sée qui, sans que nous en ayons conscience, dirigent notre conduite » générale dans la vie et nos déterminations. Les sensations qui pro» viennent de l'organisme, dont chacune isolément est faible et vague, et » qui n'acquièrent d'importance et d'influence réelle que par leur con» cours simultané, agissent sur l'âme, et cette direction actuelle de » l'âme, qui est vague et informe, peut cependant être la cause qui di» rige notre esprit sur un certain cercle d'idées déterminées et adéquates. » Ces dispositions de l'âme peuvent même, lorsqu'elles sont aidées par certaines circonstances, engendrer elles-mêmes des idées particulières déterminées.

Les mêmes phénomènes se retrouvent dans la folie ; nous verrons plus tard que presque toute la pathogénie des maladies mentales consiste dans des perversions psychiques produites par des causes organiques internes, et que ces perversions déterminent ensuite à leur tour des conceptions délirantes en rapport avec la nouvelle disposition d'esprit, et sur lesquelles une foule de circonstances diverses exercent une influence considérable.

§ 21. — 6° La perception, comme la sensation, peut s'accompagner de douleur ou de plaisir; sous ce rapport, elles présentent une très grande

analogie, circonstance d'autant plus remarquable que la douleur morale est un des éléments fondamentaux les plus importants de la folie.

Dans la sensation, aussi bien que dans la perception, la nature de la douleur et du plaisir est une espèce de jugement vague, obscur, d'un côté d'élévation, et de l'autre, de restriction et d'abaissement du *moi*. Ce jugement peut porter sur une seule sensation ou sur une seule perception qui dès lors s'accompagne de douleur; mais il y a aussi dans la perception comme dans la sensation des états beaucoup plus généraux et plus vagues de malaise et de déplaisir, le faux jugement ne roule plus alors sur un sujet unique, mais bien plus sur l'ensemble des sensations et des perceptions. A cet ordre de faits se rattachent les sensations de pesanteur générale, de malaise de tout le corps, sans douleur localisée, et pour les faits de l'ordre moral, ce sentiment d'oppression, de resserrement, d'inquiétude, que rien ne motive, qui du reste peuvent eux-mêmes, en se prolongeant, déterminer des idées douloureuses.

Toutes les circonstances qui troublent la succession et l'enchaînement normal des idées qui représentent le *moi*, et par conséquent qui entravent la liberté du *moi*, peuvent engendrer la douleur morale. Un excès d'irritation morale qui provoque de nouvelles idées arrivant confusément et sans ordre, comme aussi l'absence de toute excitation, peut donner naissance à des sentiments pénibles (ennui, indifférence), de même dans le système nerveux sensitif, la douleur peut être le résultat aussi bien d'une irritation violente (impressions tumultueuses) que de l'absence des excitants ordinaires (le froid, la faim, etc.).

Les phénomènes résultant de l'inhalation du chloroforme nous ont appris déjà ce fait très intéressant que la transmission de la sensibilité tactile peut être conservée et la sensation de douleur anéantie : de plus M. Schiff a montré (*Physiologie*, t. I) tout récemment que dans la moelle épinière les cordons blancs ont la faculté de conduire les impressions tactiles, et qu'au contraire la substance grise seule transmet la douleur; évidemment aussi c'est dans la substance grise seule que la douleur prend naissance. Il n'est nullement invraisemblable d'admettre que dans les organes de la perception les phénomènes de transmission ne sont pas liés d'une manière intime et obligatoire aux phénomènes qui produisent la douleur morale, et que celle-ci peut être le résultat direct de l'irritation spéciale de certaines parties constituantes du tissu cérébral.

La conscience de ce dérangement survenu dans la marche normale de la pensée, qui constitue la douleur morale, varie beaucoup suivant les individus; ainsi, une organisation délicate, impressionnable, peut éprouver déjà un violent chagrin dans une circonstance qui laissera, au contraire, un cerveau obtus dans un état de calme parfait, comme, par exemple, quand on ne peut arriver à comprendre les raisons d'un fait,

à résoudre un problème, etc. Mais c'est particulièrement l'état d'irritation momentanée dans laqulle se trouve actuellement le cerveau, qui fait que la pensée s'accompagne ou non de douleur. Les mêmes circonstances peuvent, à différentes époques ou à différents moments, produire des impressions très différentes; l'impression résultant d'un fait quelconque n'est pas la même, par exemple, si ce fait survient après qu'on a bu un verre de vin, ou lorsqu'on rentre du spectacle, ou que l'on a déjà éprouvé quelque contrariété, etc. Un nerf qui est le siége d'une douleur névralgique ne réagit pas comme il le ferait à l'état normal, le moindre attouchement sur ce nerf est très douloureux; il en est de même pour le cerveau, il y a certains états de cet organe dans lesquels toute excitation psychique provoque la douleur morale, où toute pensée est douloureuse. Mais l'état d'irritation actuelle du cerveau est le produit de tous les états d'irritation antérieure joints aux causes d'excitation qui agissent dans le moment même. Chez les individus qui ont été souvent en proie à un état profond de douleur morale, — soit en raison d'une prédisposition originaire, soit par suite d'impressions morales fâcheuses, — on voit survenir progressivement une perversion douloureuse générale des sentiments, tantôt persistante, tantôt passagère ; au malheureux tout semble triste et lugubre, et celui dont la vie est remplie de misères et de chagrins tombe facilement dans une tristesse permanente, dans la misanthropie. Nous verrons que très ordinairement la folie débute de cette façon, tout se transforme en impressions douloureuses; il n'est pas rare que cet état de l'esprit soit le résultat d'événements pénibles. Dans ce fait, nous entrevoyons déjà une prédisposition morale sérieuse à l'aliénation mentale dans cette impressionnabilité, dans cette tendauce à des oscillations perpétuelles de l'esprit, qui font que toutes les impressions morales éveillent ces jugements confus portant sur ces faits moraux eux-mêmes, que les impressions objectives réelles sont entravées, et que le malade se concentre de plus en plus en lui-même et devient profondément égoïste et hypochondriaque.

C'est qu'en effet la douleur morale présente comme la douleur physique, ceci de particulier, qu'elle apparaît, en première ligne, dans la conscience, et qu'elle ne laisse guère subsister, à côté d'elle, d'autres sentiments ; de même que la douleur physique, lorsqu'elle atteint dans un de nos sens un degré très élevé, s'accompagne d'anesthésie, de même la douleur morale très profonde amène un état d'insensibilité psychique complète aux excitants normaux. La pupille de l'œil de l'esprit se rétrécit et le seul objet dont elle s'occupe, la douleur morale, qui s'est fortement emparée de l'âme, passe seule à l'état de conscience ; dans l'hyperesthésie des sens, par exemple de l'œil, celui-ci se soustrait à l'excitation de la lumière qu'il recherche d'habitude, il cherche l'obscurité ; il en est de

même pour la douleur morale, le malade évite tout commerce psychique avec le monde extérieur, parce que le moindre contact de ce côté lui est pénible, il ne prend plus part à ce qui se passe autour de lui et se concentre de plus en plus en lui-même. La douleur morale a encore d'autres conséquences importantes. En raison même de cette concentration de l'esprit, toute autre perception est triste et pénible ; ingénieux à se tourmenter, constamment occupé de sa douleur, le malade devient étranger à la plupart des choses qui l'intéressaient habituellement, il les oublie momentanément et quand il vient à s'en souvenir, l'impossibilité dans laquelle il se trouve actuellement d'y prendre part comme il le faisait jadis, peut devenir pour lui une nouvelle source de douleur. Comme toute impression morale lui est pénible, il se développe chez lui une disposition générale à tout nier et à tout détester, la bienveillance et l'affection font place chez lui à une sombre méfiance et à la haine. D'un autre côté, la loi de causalité qui est innée dans l'âme humaine, le pousse à rechercher les causes — qui ne sont qu'intérieures — de sa douleur morale; c'est dans le monde extérieur qu'il les cherche, parce que c'est de là que l'homme est habitué à recevoir les impulsions qui déterminent son état moral; mais comme ces causes n'existent pas réellement dans le monde extérieur, il en résulte que les idées, les jugements, les raisonnements que le malade exprime à ce sujet sont faux, il délire. Ces tentatives que fait l'individu pour rechercher et pour s'expliquer les motifs de sa perversion morale, constituent, ainsi que nous le reconnaîtrons plus tard, la source principale du délire des aliénés, et nous verrons que dans cette recherche de circonstances étiologiques, il se présente à l'esprit des malades non pas seulement des perceptions dans le sens restreint de ce mot, mais encore, sous l'influence de la fantaisie et de l'excitation centrale des fonctions sensoriales provoquée par l'imagination, une quantité d'hallucinations et d'illusions diverses à l'aide desquelles ils tentent de s'expliquer leur état.

La douleur sensitive porte toujours atteinte à la tonicité et aux mouvements des muscles. Tantôt le malade redoute de faire le moindre mouvement, et tient instinctivement en repos le membre dont il souffre, tantôt la motilité est réellement lésée, il y a un léger degré de paralysie, ou bien encore on voit des mouvements morbides, de la contracture ou des secousses convulsives. La vie intellectuelle a, elle aussi, un certain mouvement, que la douleur morale affecte également (voy. le § suivant). Tantôt la détermination est empêchée, paralysée, le malade n'a pas de volonté, il reste dans l'inaction, de même que souvent nous voyons la douleur physique s'accompagner d'un état d'affaissement profond de l'organe central; tantôt, au contraire, la volonté s'attache d'une façon convulsive à un seul sujet, état qui est quelquefois interrompu par un

mouvement moral rapide, mais peu intense; tantôt enfin, la douleur provoque une détermination violente, pour ainsi dire convulsive, qui est sans but et qui n'est pas proportionnée à sa durée. Mais de même que, dans ce que l'on appelle la sensibilité musculaire, le cerveau a conscience de l'état du système nerveux moteur, de même aussi nous avons conscience de ces mouvements de la vie intellectuelle ; cette impuissance maladive de l'esprit, cette absence de volonté, cette concentration de l'âme sur une seule pensée, ces secousses convulsives de la détermination sont perçues par le malade comme une espèce de réaction douloureuse causée par l'effort, tout cela augmente encore l'état de douleur morale auquel il était déjà en proie.

Les divers états de douleur morale, l'inquiétude, la frayeur, la tristesse, le chagrin, etc., qu'ils soient déterminés par une cause externe ou interne, ont pour le reste de l'organisme les mêmes conséquences que la douleur physique. Le sommeil disparaît, la nutrition souffre, et l'on voit apparaître l'amaigrissement et un état d'épuisement général. La douleur morale alterne parfois avec des névralgies, avec l'irritation spinale ; dans d'autres cas elle donne naissance à ces névralgies, — on la voit très souvent s'accompagner de cette douleur épigastrique (douleur musculaire?) qui est si fréquente dans l'irritation spinale ; d'autres fois enfin elle se complique de divers degrés d'anesthésie de la sensibilité (émoussement de la sensibilité à l'égard de la température et de la douleur physique provoquée par une cause externe).

Les états de joie morale donnent des résultats diamétralement opposés ; je laisse au lecteur le soin de rechercher lui-même les analogies que présentent ces états, sous le double rapport de leur nature et de leurs conséquences, avec les sensations physiques agréables. (Voy. aussi le chapitre de la *Monomanie*, livre III, section II, chap. 2, et les travaux de l'auteur sur ce sujet, *Arch. f. phys. Heilk.*, 1843 et 1844.)

§ 22. — De même que la fonction spéciale du cerveau, la perception est liée très intimement à l'activité des sens, de même aussi il existe entre les actes du système nerveux moteur, qui prend sa source dans ce même organe, et la perception, une liaison très étroite. Cette relation a beaucoup d'analogie avec celle qui existe entre la perception et la sensation.

Nous avons vu (§ 18) que les perceptions sensoriales laissent après elles des vestiges faibles et pâles qui deviennent partie intégrante de nos idées, il en est de même des impulsions de mouvement, elles laissent à leur suite dans l'activité musculaire de légères esquisses qui s'adjoignent à notre perceptivité en tant que perceptions de mouvement. Il y a entre la perception pure et l'excitation nerveuse qui provoque la contraction musculaire une sphère intermédiaire pour laquelle nous n'avons

pas d'expression caractéristique, mais dans laquelle les impulsions qui doivent déterminer des séries de mouvements musculaires particuliers sont déjà coordonnées et formées par avance dans notre esprit. C'est dans cette sphère intermédiaire que se combinent, soit en raison de l'harmonie préétablie, soit d'après l'ordre déterminé par l'exercice et l'habitude, les impulsions appropriées de mouvement qui se transmettent à une foule de muscles qui pour les mouvements musculaires isolés, constituent un tout, et qui, par rapport à nos actes, ne représentent qu'une simple fraction. Ce mécanisme si complexe, dont le siége, d'après les résultats fournis par les expériences physiologiques et par les faits anatomo-pathologiques, doit être rapporté aux différents points de passage des prolongements des cordons antérieurs de la moelle et des cordons pyramidaux à travers la substance grise, dans le pont de Varole d'abord, puis dans le cervelet et le cerveau, est mis en mouvement d'un côté par toutes les excitations sensitives qui se produisent sur tous ces différents points ; c'est lui qui préside à ces actes et à ces mouvements instinctifs qui sont tout à fait indépendants de l'intelligence ou qui n'en dépendent qu'à divers degrés et qui, par conséquent, sont activés ou entravés par ce mécanisme même. Mais d'un autre côté les formes générales de ces grandes impulsions de mouvements et leur reproduction idéale viennent se mêler aussi au travail de notre esprit, de façon à pénétrer dans la perception isolée comme partie intégrante essentielle. C'est ainsi que la perception prend elle-même un caractère moteur, une direction musculaire, et par là elle devient effort.

L'âme ne provoque jamais nos mouvements volontaires en ce sens qu'elle ne détermine pas la contraction de muscles isolés ; elle n'a pas conscience de l'existence de ces muscles, elle ne connaît que les images internes que des séries antérieures de mouvement y ont laissées, images qui, une fois qu'elles se sont transformées en impulsions de mouvements libres, font entrer en action, sans aucune intervention de la perception, des groupes plus ou moins considérables de muscles, déterminent des mouvements coordonnés, appropriés (marcher, écrire, etc.). Dans les maladies localisées du cerveau, dans les maladies du pont de Varole, du cervelet, des thalamus, des corps striés, etc., nous voyons ordinairement survenir des perturbations de ce mécanisme, les mouvements ne sont plus en rapport avec la perceptivité, tantôt on voit se produire involontairement des mouvements complexes déterminés par l'irritation morbide (marche en avant, mouvement de manége, etc.) ; tantôt, en raison d'une déchirure mécanique de la substance cérébrale, l'âme ne peut plus exercer son influence sur le mécanisme du mouvement (paralysie d'une moitié du corps par suite d'épanchement dans le corps strié, etc.) ; nous voyons parfois aussi sous l'influence de cette

double cause se produire des lésions très limitées du mouvement, par exemple des lésions de l'organe de la parole, qui font que le malade ne peut pas exprimer des mots qu'il a pensés, ou qu'il dit au contraire des mots qu'il ne pensait pas.

§ 23. — Le mélange des formes générales de mouvement dans la perception est le terme moyen que doit nécessairement traverser toute manifestation de notre vie intellectuelle. Mais que ce phénomène psychique ait toujours une tendance à s'exprimer, à se traduire par un mouvement, par un acte, cela dépend de ce fait fondamental très général que nous retrouvons dans tout le système nerveux, à savoir que les excitations périphériques se transforment dans les centres nerveux en impulsions de mouvement. A différentes hauteurs de la vie psychique, nous voyons des conséquences différentes découler de cette organisation. Dans la moelle épinière les impressions centripètes non encore perçues déterminent des mouvements désordonnés ou mal dirigés de quelques muscles ou même de quelques groupes de muscles (mouvements réflexes les plus simples). Tous les organes des sens sont pourvus de muscles qui, lorsque ce sens perçoit une impression, deviennent le siége de mouvements réflexes tout à fait involontaires, mais proportionnés à l'impression sensoriale qui les provoque, et qui augmentent réellement l'énergie de cette impression. Même ce mécanisme plus considérable qui renferme en lui-même les impulsions de mouvement qui déterminent des séries entières de contractions musculaires convenablement combinées, et auquel sont intimement confiés les mouvements de tout notre corps, ce mécanisme, dis-je, est lui-même mis en activité par les impressions sensoriales suivant le mode simple des actions réflexes, tantôt d'une manière tout à fait désordonnée (par exemple, tressaillement provoqué par une impression sensoriale violente), tantôt au contraire d'une façon harmonique. Les mouvements de ce dernier genre sont en partie provoqués par des sensations venant de l'extérieur comme nous le voyons dans les mouvements cadencés que l'on fait en entendant de la musique, ou dans les actes qui se produisent brusquement à la suite de fortes impressions sensoriales (distractions, etc.). Mais d'autre part les causes des sensations qui déterminent l'action existent déjà dans notre propre corps. Les sensations qui proviennent de tout notre organisme, mais particulièrement des viscères, de l'intestin, des organes génitaux, en tant que besoin sensuel, nous poussent tantôt légèrement, tantôt d'une façon impétueuse, à agir ; chez les animaux ces sensations règnent en toute liberté, elles constituent l'élément principal de leur existence psychique, elles les poussent dans leurs grands voyages, et déterminent toutes les grandes séries de mouvements qu'ils accomplissent. Chez l'homme, la transition immédiate de ces sensations au mouvement est soumise à un point de vue

beaucoup plus élevé, à l'influence des idées, et par elles le devoir et la moralité interviennent dans nos impulsions, les modèrent et les gouvernent. Mais il y a des circonstances où la pensée perd tout son pouvoir. Les aliénés, chez qui l'influence que les idées exercent sur les instincts est affaiblie, tandis que, au contraire, les impulsions sensuelles sont peut-être exagérées, manifestent souvent leur avidité pour les aliments ou leurs instincts sexuels de la façon la plus éhontée. Quelques exemples (naufrages, etc.), ont montré que la faim portée à l'extrême repousse toutes les idées de morale ou de désintéressement qu'on lui oppose, et sans aller même jusqu'à ces actes de sauvagerie, c'est un fait vrai, bien que triste à dire pour des gens civilisés, que la faim et l'amour sont les motifs les plus puissants qui dirigent toutes nos actions.

Chez les animaux, les actions réflexes immédiates de la moelle épinière au cerveau sont beaucoup plus fortes que chez l'homme. Toutes leurs perceptions ont de la tendance à se transformer immédiatement en mouvement, la perception pure, calme, paraît leur être inconnue ; toute leur vie psychique se lie à des efforts vers l'extérieur. Chez l'homme, plus cette impulsion de mouvement est fortement maîtrisée par la pensée, plus l'esprit est accessible à la réflexion pure, moins cette impulsion se transforme immédiatement en mouvement, plus aussi la vie intellectuelle paraît être développée et énergique.

L'excitation, le besoin d'action et de mouvement musculaire, par suite d'impulsions sensitives provenant de l'organisme même, sont désignés sous le nom de *mobiles* (sensuels) ; les plus simples et les plus faciles à comprendre sont la faim et l'instinct sexuel ; l'instinct que l'on observe chez beaucoup d'animaux est au contraire tout à fait obscur et impénétrable quant à son origine. Cependant, du moins chez l'homme, ce ne sont pas toujours les sensations seules, en tant que sensations, qui constituent la cause fondamentale de l'instinct, mais ce sont aussi des mouvements obscurs de la perception qui se relient aux sensations et qui sont provoquées par celles-ci mêmes, mouvements que l'on désigne en partie comme sentiments, mais qui peuvent ne renfermer aucune idée distincte de l'objet sur lequel ils portent.

Tous les instincts chez l'homme appartiennent essentiellement au cerveau, et non au système nerveux périphérique. Le point de départ des sensations d'un ordre déterminé peut se trouver dans les parties les plus éloignées de l'organisme, mais elles ne peuvent affecter le mécanisme à l'aide duquel des mouvements compliqués s'exécutent, et cette perception obscure ne peut se mêler à ces sensations, nulle autre part que dans le cerveau ; c'est par l'intervention simultanée du cerveau et du système nerveux périphérique que les sensations se transforment en instincts.

On parle aussi de mobiles spirituel, scientifique, collectif, d'instinct de la famille, de l'amour des enfants ; on désigne par là le besoin de certaines actions, produit par des masses d'idées particulières qui sont devenues persistantes, mais qui ne se ramifient pas en une perception isolée, précise et distincte, qui nous font agir par leur ensemble, et avec l'abstraction obscure d'une simple sensation.

§ 24. — Dans le désir et dans l'instinct, en tant qu'ils ne sont pas immédiatement satisfaits, certains complexus d'idées (relatives au but à atteindre) luttent contre les obstacles qui s'opposent à leur accomplissement, et par là l'équilibre dans l'intensité relative des idées se trouve considérablement altéré. C'est pour cela que les instincts donnent très facilement naissance à des émotions plus ou moins fortes, persistantes ou passagères (voy. § 30), et, comme les instincts et les sentiments qu'ils éveillent viennent s'adjoindre à la perception, celle-ci en reçoit déjà un élément de mouvement qui tend à se manifester au dehors, la pensée a quelque chose de chaud, de sensuel, et ces mélanges donnent lieu à des états entièrement nouveaux de l'âme.

Les conditions du commerce des sexes nous en offrent un bon exemple. Le plaisir esthétique que l'on éprouve à voir une personne d'un autre sexe, ou la conviction que l'on a de sa perfection, ne se transforment que par le mélange de sensations et d'excitations sexuelles, en ce nouvel état de l'âme auquel on donne dans son ensemble le nom d'amour, et qui, lorsque les sensations sexuelles s'éteignent, disparaît également.

Il n'y a rien de paradoxal à rapporter le siége des instincts sensuels à certains points du cerveau ; ce seraient peut-être ceux où certains nerfs du sentiment et leurs épanouissements centraux, ceux par exemple du nerf vague, ceux des organes sexuels, rencontrent les appareils moteurs. Mais, jusqu'à présent, il n'est ni démontré, ni très vraisemblable que ces points soient précisément situés à la surface du cerveau et uniquement à la face supérieure du crâne.

Chez les aliénés on voit très souvent la faim et les instincts sexuels se manifester d'une façon éhontée, et de plus il est fréquent aussi de voir se développer chez eux des penchants nouveaux, entièrement étrangers à leur manière antérieure de vivre, persistants, qui les poussent à certains actes, par exemple à amasser constamment une foule de choses (toutes sortes de brimborions possibles, des plumes, des chiffons, du papier, etc.), actes qui rappellent des instincts de collection, etc., propres à certains animaux, et qui, sous le rapport de leur origine psychique, sont aussi singuliers et aussi problématiques que ceux-ci. En général, les actes des aliénés, dans les formes de folie où les individus se livrent à un grand nombre d'actes extérieurs, dans la manie par exemple, prennent, comme l'a fort bien dit Jakobi, un caractère presque en-

tièrement instinctif, et il est très remarquable que souvent l'expression de la physionomie et de la mimique chez ces individus rappelle beaucoup l'extérieur et les allures d'une espèce particulière d'animaux.

§ 25. — Dans les instincts, ce ne sont pas des idées particulières, distinctes, claires, mais bien des sensations et des sentiments, qui provoquent des impulsions de mouvement et qui déterminent ainsi l'action du système nerveux moteur sur les groupes musculaires. Mais quand les idées nettes et dont nous avons conscience, arrivent par le fait du mélange d'intuitions de mouvement à exercer une influence sur les muscles, on donne à ce phénomène le nom de *volonté*.

Cela constitue du moins le cas le plus simple, et le fait fondamental de la volonté. Ici les intuitions de mouvement ne sont plus le résultat d'excitations sensitives, elles sont déterminées par des motifs, c'est-à-dire par des idées complexes, présentes dans la conscience, bien qu'au degré le plus inférieur, le motif se rapproche encore de l'excitation (voy. Schoppenhauer, *Grundprobleme der Ethik*). Au fond c'est le même processus que dans l'action réflexe.

Déjà dans mon premier travail sur des matières psychologiques (*Archiv. f. physiol. Heilk*, II, 1843), j'ai représenté le mouvement de la vie de l'âme comme étant une succession graduelle de faits soumis dans leur marche à un même principe, depuis les actions réflexes les plus simples jusqu'aux actes volontaires dont on a le plus conscience, et en cela j'ai le premier signalé ce fait fondamental de toute la vie pyschique. Parmi les philosophes on trouvera la même idée essentielle chez un penseur qui certes ne relègue pas la volonté à une place inférieure (Schoppenhauer, *Ueber den Willen in der Natur*, 2ᵉ éd. 1854); j'ai été très heureux aussi de retrouver cette même idée générale dans le remarquable ouvrage de M. Schiff (*Lehrb. d. Physiologie*, 1858). — J'ai fait également remarquer dans ce premier travail que la folie repose en grande partie sur des perturbations survenues dans les actes réflexes psychiques normaux, sans que pour cela la vie de l'âme dans sa sphère élevée soit toujours atteinte par la maladie. M. Guislain (*Leçons orales*, t. II, p. 169) partage mes idées sur ce point.

Ces intuitions motrices s'associent à la perception sensible distincte; mais dans la perception qui consiste seulement en des impressions générales abstraites qui sont indiquées par les mots, il peut aussi entrer des images de mouvement. Mais ce ne sont également que des impressions générales obscures résultant d'intuitions motrices très complexes dont les éléments ne sont pas encore distincts, et qui n'existent qu'à l'état complexe ; pour arriver à la réalisation de la perception intelligible, il faut que cette complexité se développe en une quantité d'images isolées de mouvement qui auparavant n'étaient pas encore précisées.

Il en est ainsi toutes les fois qu'on veut quelque chose d'abstrait, — qu'on veut être vertueux, passer un examen, c'est-à-dire que l'on veut réaliser ce que l'on entend par vertu, par examen ; quand on veut réellement et non pas que l'on pense simplement à une chose, il se mêle toujours à l'idée de cette chose une masse obscure d'intuitions motrices qui n'existent encore qu'en bloc, et qui doit dans l'accomplissement se résoudre en une volonté très multiple. Vouloir un but, c'est vouloir successivement chacun des moyens en particulier, et cela se résout finalement en une quantité innombrable de mouvements isolés.

Les idées se transforment en effort et en volonté par le fait d'une force interne dans laquelle nous reconnaissons encore pour la sphère intime de la vie de l'âme la loi fondamentale de l'action réflexe. Nous sommes forcés de vouloir. A l'état normal, cette force pousse l'homme à exprimer ses idées, à les réaliser par des actes et à les projeter ainsi au dehors. Cela fait, l'âme se sent soulagée, délivrée ; elle s'est déchargée par ce fait de ses idées et son équilibre est rétabli. C'est là un fait fondamental remarquable de la vie psychique et que chacun de nous doit connaître pour l'avoir éprouvé. Ce fait se produit aussi bien chez l'artiste que son idée, son désir de découvrir « un monde inconnu » ont occupé sans relâche pendant des années, mais que l'achèvement et la réussite de son œuvre laissent froid et indifférent, que chez le malheureux dont l'esprit lutte longtemps contre la pensée d'un méfait, mais à qui l'accomplissement de cet acte rend momentanément le calme et la tranquillité.

Il y a aussi une mémoire de l'effort et de la volonté (voy. § 89), une reproduction des intuitions motrices, qui dans certaines circonstances reviennent toujours se mêler à nos idées. Cette reproduction varie beaucoup chez les divers individus sous le rapport de la facilité et de l'énergie avec laquelle ces intuitions se font jour ; cela peut aller depuis la simple apathie jusqu'à l'absence complète de volonté.

Tout effort en général, l'instinct et la volonté, représente la force motrice centrifuge de l'activité de l'âme. La constitution individuelle de cette face de la vie de l'âme forme en grande partie ce que l'on nomme le caractère personnel. Ces faits ont déjà une très grande analogie avec ceux que l'on observe dans le système nerveux musculo-moteur, tandis que la perception pure a beaucoup plus de points communs avec les phénomènes qui se passent dans les nerfs de la sensibilité. Aussi retrouve-t-on dans l'effort les mêmes catégories qui désignent comme autant d'expressions générales certains états du mouvement musculaire — fatigue et paralysie du mouvement (faiblesse, paralysie de la volonté), convulsion tonique (effort fortement fixé sur un seul objet, mais qui n'est pas suivi de mouvement), mouvement convulsif (instincts qui se déchaînent sous l'influence de la maladie, agitation continuelle mor-

bide, appétits nombreux, entreprises). Il est très digne de remarque que souvent dans les maladies mentales cette face motrice de la vie de l'âme et la fonction musculo-motrice sont toutes deux modifiées de la même manière et d'une façon morbide ; qu'ainsi on voit survenir l'absence de volonté avec une légère paralysie du mouvement, une exagération morbide de la volonté se produire dans des cas où l'action musculaire est plus forte et plus active qu'à l'état normal, (par exemple dans la manie); ou bien la maladie passe brusquement de l'un à l'autre de ces deux ordres de faits, par exemple : attaque épileptique convulsive suivie immédiatement d'un état psychique convulsif, d'un violent accès de manie. La faiblesse de la moelle épinière s'accompagne très ordinairement aussi de faiblesse de la volonté, de découragement, de manque d'énergie intellectuelle.

§ 26. — Mais de même que les sensations et les sentiments se transforment d'autant plus facilement en penchants, qu'ils sont plus énergiques, de même les idées se transforment d'autant plus en volonté, qu'elles sont plus fortes et plus persistantes ; c'est pour cela que les idées les plus fortes à la fin de leur série de développement passent forcément en actes. Heureusement l'activité intellectuelle veille à ce que toute perception n'atteigne pas ce degré d'intensité. En effet, conformément à la loi de l'association des idées, celles-ci s'attirent aussi par leur contraste (voy. § 19), elles en appellent d'analogues, et il se produit un conflit dans notre conscience. Tout le complexus d'idées qui représente le *moi* (voy. § 28) est mis en jeu et, après avoir repoussé ou favorisé l'idée première, il finit par donner la résolution. Le fait de ce conflit dans la conscience, qui est jugé en dernière analyse par le *moi*, constitue la *liberté* de l'homme.

C'est une erreur d'admettre une liberté absolue ainsi que les résultats qui peuvent en être la conséquence. La liberté est toujours relative et chacun de nous en a une mesure différente. Originellement l'homme n'est pas libre, il ne l'est qu'autant qu'il lui vient une masse d'idées bien coordonnées, qui s'enchaînent facilement les unes aux autres et que ces idées viennent à constituer un noyau solide, le *moi*. Il y a donc deux conditions générales pour la liberté humaine. D'un côté une association d'idées qui se fait sans obstacle, et dans laquelle, autour des idées présentes, qui même se transforment en volonté, il peut venir s'en grouper de nouvelles qui parfois sont en opposition avec les premières. En second lieu, un *moi* d'une énergie convenable (§ 28) qui peut se déterminer après avoir renforcé une partie des idées qui se présentent à lui et repoussé au contraire les autres. Chez l'individu qui est pauvre d'idées, et dont l'esprit est lent, la liberté disparaît en grande partie dans la monotonie de l'habitude qui ressemble presque à un rêve. L'homme

qui est faible d'esprit est moins libre, parce qu'il n'a pas une association d'idées active, et que chez lui les idées de contraste ne s'éveillent que très lentement ou pas du tout. L'enfant est moins libre, bien que chez lui la perceptivité soit très active, parce que son *moi* n'est pas encore assez énergique pour mettre en lutte des complexus d'idées fortement enchaînées.

Il est d'une importance extrême pour le médecin, au point de vue médico-légal, de bien s'éclairer sur la nature de la liberté humaine, sujet si souvent obscurci par la manière abstraite dont on l'a traité. C'est là ce qui fait l'objet principal de ce paragraphe. La liberté consiste donc essentiellement dans une convergence et une transformation de chaque acte de volonté, de chaque masse d'idées qui se pressent dans la réflexion, par d'autres idées et surtout par tout le complexus d'idées enchaînées du *moi*, dans l'empire du *moi* sur les tendances actuellement existantes et surtout dans la possibilité de la possession de soi-même (1). Plus le *moi* est compacte et homogène, plus le caractère est ferme, plus aussi il apporte d'une manière tranchée son affirmation ou son *veto* dans la mise en œuvre des idées qui se trouvent à l'état de fusion. Ainsi cette proposition : « la vraie liberté consiste dans la limitation, » doit s'entendre particulièrement de cette convergence des pensées réalisée par le *moi*; là où il n'y a pas de limitation, les idées surgissant constamment, souvent provoquées uniquement par les excitations actuelles des sens, ou traversant l'esprit d'une manière capricieuse, se pressent sans obstacle vers la face motrice

(1) Citons ici, pour compléter la pensée de l'auteur, le passage suivant, dans lequel Jouffroi explique comment on arrive à se laisser dominer par ses idées et à quelles conditions on peut au contraire parvenir à les dominer : « Une chose bien remarquable, dit-il, c'est que, chez les hommes dont la volonté paresseuse néglige la direction de certaines facultés, ces facultés semblent s'accoutumer à cette indépendance et ne se laissent reprendre et gouverner de nouveau qu'avec une incroyable résistance. Ainsi, quand nous avons pris l'habitude de laisser flotter à son gré notre faculté de penser, ce n'est qu'à grand'peine et par des efforts soutenus que nous pouvons l'appliquer et la fixer sur un objet. A chaque instant elle nous échappe, et nous sommes obligés de courir après, de la ramener et de peser, pour ainsi dire, sur elle de tout le poids de notre autorité pour la retenir. C'est cette même négligence qui fait que certaines personnes ne peuvent contenir la fougue de leurs sentiments. En général, notre autorité en nous-même ne s'entretient que par un exercice continuel; c'est aussi par là seulement qu'elle peut croître et devenir facile. La mesure de cette autorité est aussi celle de la dignité de l'homme, parce que cette autorité est l'homme même. »

Ce pouvoir de disposer de nos idées et de maîtriser nos penchants, qui ne s'acquiert qu'au prix de tant d'efforts, la maladie le fait disparaître. La condition de tous les délires, c'est en effet l'indépendance des facultés. L'homme n'a pas faibli, mais les instruments dont il dispose dans l'état de santé sont devenus rebelles. (B.)

de l'âme, et elles s'imposent. Les influences organiques les plus diverses peuvent diminuer, entraver ou même abolir complétement cette convergence des idées par le *moi*.

Quand l'homme fait des motifs moraux la règle de sa conduite, il ne peut le faire qu'autant que, par une reproduction et un usage fréquents, il relie l'ensemble des idées relatives à sa loi de moralité avec tout son entendement, de façon que, à chaque mouvement énergique de sa pensée, ces idées soient en même temps appelées dans la conscience ; elles forment ensuite une partie constituante essentielle du complexus d'idées de son *moi*, et quand un conflit se produit dans sa conscience, non-seulement ces idées arrivent immédiatement, mais encore en général elles exercent une certaine influence sur tout le contenu du *moi*. Chez le criminel, au contraire, les idées d'égoïsme et d'hostilité contre autrui se consolident peu à peu dans son esprit, de telle façon qu'elles surgissent toujours facilement et il se forme ainsi dans son *moi* un fond d'idées dont la majeure partie penche toujours du mauvais côté. Que l'on ne croie pas pour cela que le criminel doive faire le mal dans chaque cas particulier; même chez lui l'association des idées est active, et, lorsqu'elle lui représente des idées qui contrastent avec ses mauvaises pensées, des mouvements engourdis de sa conscience, des images et des souvenirs à demi effacés de temps meilleurs, les exhortations au bien qu'il a reçues dans sa jeunesse, etc., lui reviennent à l'esprit, et la lutte peut être assez vive. Le *moi* finit, il est vrai, par incliner du mauvais côté : s'il penche du bon côté, l'individu n'est pas un scélérat, mais simplement un homme à qui l'on fera bien sans doute de ne pas trop se fier, mais qui dans ce cas cependant a bravement triomphé de ses mauvais désirs. Mais on ne peut jamais estimer par avance la force des motifs moraux qui s'opposent à une mauvaise action; il n'y a pas de scélérats absolus; les inclinations bienveillantes ont suivant le temps la priorité dans la nature humaine ; il n'y a pas d'hommes chez qui elles soient complétement supprimées, et l'histoire des crimes montre que souvent le faible poids d'un souvenir de jeunesse, d'une sentence ancienne, ou d'un verset de cantique, qui s'ingère dans la marche des pensées, réveille fortement les idées de morale qui étaient suspendues et fait ainsi pencher le plateau du bien. S'il existait un homme comme le vieux Cenci du drame de Shelley, on pourrait dire par avance que toute détermination est chez lui nécessairement mauvaise ; mais il n'existe pas d'homme semblable et jamais un individu sain d'esprit n'est forcé au crime.

§ 27. — L'action réciproque normale de l'intelligence qui fait que les idées actuelles en éveillent d'autres opposées ou qui en général restreignent les premières, qui fait aussi que toutes les idées se produisent avec un degré moyen de force et de rapidité, de sorte que généralement il

peut y avoir entre elles une lutte au sein de la conscience, que la pensée et la réflexion sont possibles, constitue l'état de réflexion (*Besonnenheit*). On voit facilement comment elle est une des conditions essentielles de toute liberté.

Or il y a une foule d'états où cette réflexion est affaiblie ou complétement abolie. Cela se voit, à un degré variable, d'abord dans les émotions (voy. § 30) qui restent encore dans les limites physiologiques, et aussi dans presque tous les états pathologiques du cerveau. L'intoxication alcoolique, les irritations cérébrales sympathiques, la plupart des maladies organiques profondes de la substance cérébrale, et spécialement toutes les maladies du cerveau dont nous nous occupons dans cet ouvrage en tant que maladies mentales, troublent la liberté du jeu de l'entendement et par conséquent restreignent la réflexion ou l'abolissent complétement. Mais toutes ces affections ne produisent pas ce résultat de la même manière. Tantôt la maladie cérébrale exagère directement quelques-uns de nos penchants et de nos instincts et leur donne une intensité démesurée (penchant sexuel, instinct de destruction), ils se transforment en volonté et en actes, sans qu'aucune autre idée ait pu surgir à côté d'eux; tantôt toutes les idées se succèdent dans une marche très rapide, et dans leur disposition successive, il n'y en pas une seule qui soit assez forte et assez persistante pour qu'il puisse se produire même seulement un commencement de lutte réelle au sein de la conscience. — Ces deux modes s'observent souvent dans les états maniaques, dans lesquels on voit souvent, dans le dernier cas que nous avons indiqué, la plus légère excitation du dehors déterminer la nature des actes. Tantôt la perception est si paresseuse et le *moi* si faible, que de ce côté les conditions d'une lutte intérieure manquent — comme dans la démence. Dans d'autres cas, par suite de la maladie du cerveau, certains faux enchaînements d'idées, certains raisonnements erronés, sont devenus si persistants et se sont mêlés d'une façon si intime à tout le complexus d'idées du *moi* que leur contraste est complétement effacé de l'âme, qu'ils pénètrent dans toutes les déterminations et que le *moi* faussé par ces idées fixes est toujours obligé de se décider dans leur sens; — c'est ce que l'on voit dans la folie sysématisée et aussi dans certaines états de mélancolie et de manie. Chez ces malades la détermination et l'acte se produisent souvent avec un grand calme et avec un choix et une combinaison de moyens qui semblent parfaitement appropriés; et cependant la réflexion intérieure leur manque, parce que les fausses suppositions ont acquis la force de motifs irrésistibles et que le malade est dans l'impossibilité de s'y soustraire.

Dans ce qui précède, nous avons voulu seulement donner quelques exemples et non pas énumérer tous les genres possibles de suppression

de la réflexion chez les aliénés. Beaucoup de points du mécanisme de l'intelligence nous sont encore complétement inconnus; dans certains états de folie, d'ivresse, etc., de grandes séries entières d'idées, le sentiment du devoir, idées esthétiques, etc., paraissent avoir complétement disparu d'une façon persistante ou momentanée, sans qu'on puisse signaler d'autres complexus d'idées qui ont chassé les premières.

Dans toutes les maladies mentales la réflexion est d'abord nécessairement atteinte, et aussi par conséquent la liberté. Naturellement cette perte de la liberté n'est pas le fond même du processus morbide, elle n'est qu'un résultat, que nous exprimons d'une manière abstraite pour le comprendre, des désordres psychiques les plus divers, et qui ne peut jamais avoir l'importance d'un signe diagnostique. Chez les aliénés, la réflexion est même détruite à des degrés très divers. Il y a des états que l'on ne saurait séparer des maladies mentales sans séparer brutalement ce qui constitue un même tout; tels sont, par exemple, beaucoup d'états d'hypochondrie profonde dont les périodes initiales durent souvent très longtemps avec une intensité modérée, dans lesquels le malade jouit encore d'un reste de réflexion assez notable. Maladie mentale et négation de la liberté ne signifient donc nullement la même chose; et quand un médecin est appelé à donner son opinion sur ces états, il ne doit pas se préoccuper d'une manière générale de ces idées abstraites et qui doivent être profondément séparées l'une de l'autre, de maladie mentale ou d'intégrité psychique, de liberté ou de non-liberté; il doit au contraire étudier les phénomènes que présente le malade au point de vue psychologique, les analyser et apprécier leurs résultats. — Mais pour cela il faut sans doute une éducation psychiatrique qui malheureusement est fort rare.

Ce serait ici le lieu de traiter la question d'imputation et de responsabilité; mais il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage d'approfondir ce sujet; les éléments nécessaires pour l'intelligence de cette question résultent de ce que nous avons dit dans les paragraphes précédents. J'y ajouterai toutefois ici quelques remarques. — Quand la question de responsabilité est posée, jusqu'à ce jour les médecins légistes ont bien voulu faire la concession d'y répondre. Mais, suivant la nature du fait, le médecin n'a pas à se prononcer sur ces questions qui sont purement juridiques, sa mission est simplement de fournir au juge chargé de trancher la question (au jury) les matériaux complétement élaborés relatifs à ce fait. Le médecin peut donc, quand il trouve intérêt à le faire, se refuser à répondre à la question de responsabilité, et moi-même, dans une cause célèbre (procès Fahrner, assises de Rottweiler, décembre 1858), j'ai expliqué que, si l'on me posait la question de responsabilité, je n'y répondrais pas, la considérant comme extra-médicale. — Et

de fait la question n'a pas été posée. — Quelle autre question peut-on donc ou doit-on adresser au médecin ? Évidemment dans le plus grand nombre des cas, c'est de savoir si chez tel ou tel individu, il existe un état morbide qui d'une manière générale a troublé l'activité de son âme, et qui a suspendu spécialement la liberté de ses actions, ou (il faut ici admettre des degrés) qui l'a plus ou moins limitée ou même qui a simplement pu la limiter. — En répondant à cette question, le médecin reste sur son terrain, et celle-ci renferme tout ce qu'on peut demander d'essentiel à l'homme de l'art. Lui est-il impossible, en raison de l'état actuel de la science (je parle d'un médecin expérimenté), de répondre d'une manière précise à cette question, qu'il avoue toujours franchement cette impossibilité, sans se préoccuper des conséquences (1) ! Il n'a d'autre intérêt que la vérité ; il n'a pas à s'occuper de choses qui ne sont pas de son ressort et pour lesquelles il n'a pas à assumer de res-

(1) J'ai été consulté pour un cas très remarquable dans lequel deux médecins avaient eu le courage, dont on ne saurait trop les louer, de déclarer qu'ils ne pouvaient décider si le prévenu était aliéné ou sain d'esprit. Voici comment ils terminent un rapport de plus de trente pages résumant trois mois d'observation : « Il nous est impossible, disent-ils, d'émettre un jugement absolu sur cette question. Nous pensons qu'il (le prévenu) est sur la pente, sur le chemin qui mène à la monomanie et qu'il doit être regardé comme un homme placé entre cette affection et la santé. »

Les magistrats sont forcés d'absoudre ou de condamner. S'ils condamnent, ils peuvent bien reconnaître qu'un homme est plus ou moins coupable, et graduer la peine ; mais celle-ci fût-elle aussi atténuée que possible, l'arrêt n'en tranche pas moins la question de responsabilité. Rien de semblable n'a lieu pour le médecin. Il arrive qu'on rencontre des cas qui offrent tout à la fois un mélange de folie et de raison, et pour lesquels il est difficile de se prononcer. Or, comme le dit ici M. Griesinger, rien n'oblige le médecin à le faire ; qu'il expose ses doutes, ses hésitations, on n'a rien à exiger de plus. Mais, par cela même qu'il n'affirme pas l'état de santé, il ne peut manquer de faire ressortir certains éléments de maladie qui deviendront au moins une cause d'atténuation pour l'application de la peine. C'est ce qui est arrivé dans le cas dont je viens de parler. Il s'agissait d'une tentative d'assassinat faite avec préméditation sur la personne d'un magistrat. Le prévenu encourait donc la peine de mort. Le tribunal reconnut que cet homme était plus raisonnable que fou, puisqu'il le condamna, mais certainement il tint un très grand compte de ce long mémoire qui cependant n'avait point de conclusion absolue, et la peine appliquée fut celle de dix années de prison.

Dans beaucoup de cas semblables, on voit chaque jour les magistrats déclarer que tel prévenu, pour lequel la folie a été invoquée, a agi librement ; mais l'application de la peine prouve qu'ils n'ont pas considéré cette liberté comme complète. Les faits mis en lumière par le médecin, quand ils n'entraînent que ce résultat, n'en ont donc pas moins une très grande importance. (B.)

ponsabilité, par exemple : si la justice doit frapper ou non un individu reconnu aliéné, si la peine est en proportion du délit, etc. Les juges (jury) d'ailleurs ne sont pas liés à l'opinion émise par le médecin, celle-ci n'est qu'un des éléments qui doivent leur servir à établir leur conviction ; ce serait une chose effroyable, si les rapports médicaux, souvent si mauvais et si contradictoires, exerçaient une action impérative sur l'issue des procès criminels ! Que les médecins n'aillent pas croire pour cela que l'influence de leur science en soit diminuée ; cette influence est d'autant plus grande que le médecin reste plus strictement sur son terrain, sur lequel personne ne peut le suivre ! — L'auteur parle d'après une assez grande expérience qu'il a des affaires judiciaires.

§ 28. — Dans le cours de notre vie, grâce à la liaison progressive des idées, il se forme de grands complexus d'idées toujours plus solidement enchaînées. Leur particularité chez chaque homme dépend non-seulement du contenu spécial des idées isolées provoquées par les impressions des sens et par les événements extérieurs, mais encore des rapports habituels des idées avec les mobiles et avec la volonté, et aussi des influences de l'organisme tout entier qui sont devenues persistantes et qui activent ou entravent leur production. Déjà l'enfant reçoit de ses complexus d'idées encore relativement simples une impression générale, qu'il commence, dès que celle-ci possède des éléments nécessaires, à désigner sous l'expression abstraite de *moi*.

Le *moi* est une abstraction, dans laquelle des traces de chacune des sensations, des pensées et des volontés antérieures se trouvent contenues à l'état d'enveloppement, et qui, dans la marche ultérieure des processus psychiques, se remplit d'un fond toujours nouveau. Mais cette assimilation de la perception nouvelle dans le *moi* préexistant ne se fait pas tout d'un coup, elle grandit et se fortifie en progression lente, et tout d'abord, ce qui n'est pas encore assimilé apparaît au *moi* comme une opposition, à l'homme, comme un *toi*. Peu à peu cela ne se borne plus à un tel complexus unique de pensée et de vouloir qui représente le *moi*, mais il se forme plusieurs complexus semblables d'idées, enchaînés, coordonnés et puissants ; « deux âmes », comme dit Goëthe (et pas deux seulement) habitent dans le sein de l'homme, et, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces complexus d'idées, qui alors peuvent tous représenter le *moi*, celui-ci change et se dissocie. De là peuvent résulter une contradiction et une lutte intérieure, et elles se produisent en effet dans tout individu qui pense. L'issue de cette lutte, les natures heureuses, harmoniques, y arrivent spontanément, en ce que dans tous ces différents complexus d'idées il se développe spontanément quelques intuitions fondamentales, encore obscures et qui ne peuvent être clairement exprimées, qui se montrent partout et qui donnent à tout le domaine de la

pensée et de la volonté une direction fondamentale harmonique, — la foi d'un côté, et de l'autre l'empirisme, peuvent être cités comme des exemples de ces directions différentes. — C'est l'objet de l'éducation spontanée, non-seulement d'acquérir ces directions fondamentales, générales et solides, mais encore de les amener peu à peu autant que possible par la réflexion à l'état de conscience, et d'arriver ainsi à posséder fortement ces prémisses de toute pensée et de toute volonté mûries et conformes à la nature de l'individu.

Notre *moi* est, à différentes époques, très différent de lui-même; suivant l'âge, les divers devoirs de la vie, les événements, les excitations du moment, tels ou tels complexus d'idées qui, dans un moment donné, représentent le *moi*, se développent plus que d'autres et se placent au premier rang. Nous sommes « un autre et cependant le même ». Mon *moi* comme médecin, mon *moi* comme savant, mon *moi* sensuel, mon *moi* moral, etc., c'est-à-dire les complexus d'idées, de penchants et de direction de la volonté, qui sont désignés par ces mots, peuvent entrer en opposition les uns avec les autres et se repousser l'un l'autre à différents moments. Cette circonstance devrait avoir pour résultat non-seulement l'inconséquence et la scission de la pensée et du vouloir, mais encore l'absence complète d'énergie sur chacune de ces faces isolées du *moi*, si, dans toutes ces sphères, il n'y avait pas un retour plus ou moins clair pour la conscience de quelques-unes de ces directions fondamentales.

Un des exemples les plus évidents et les plus instructifs au point de vue des conditions de l'aliénation, d'un renouvellement et d'une transformation encore physiologiques du *moi*, nous est fourni par l'étude des phénomènes psychiques qui se passent à l'époque du développement de la puberté. Avec l'entrée en activité de certaines parties du corps qui jusque-là étaient restées dans le calme complet, et avec la révolution totale qui se produit dans l'organisme à cette époque de la vie, de grandes masses de sensations nouvelles, de penchants nouveaux, d'idées vagues ou distinctes, et d'impulsions nouvelles de mouvement, passent dans un espace de temps relativement court à l'état de conscience. Elles pénètrent peu à peu le cercle des idées anciennes, et arrivent à faire partie intégrante du *moi*; celui-ci devient par cela même tout autre, il se renouvelle et le sentiment de soi-même subit une métamorphose radicale. Mais, il est vrai, jusqu'à ce que l'assimilation soit complète, cette pénétration et cette dissociation du *moi* primitif, ne peuvent guère s'accomplir sans qu'il se passe de grands mouvements dans notre conscience, sans que celle-ci subisse un ébranlement tumultueux, c'est-à-dire sans qu'il se produise une foule d'agitations diverses dans notre âme. Aussi est-ce principalement à cette époque de la vie que l'on voit survenir des agitations internes du sentiment, et sans motif extérieur.

§ 29. — Ce n'est pas sans motif que nous avons choisi cet exemple très propre à expliquer la folie par des analogies nombreuses. Dans cette dernière, en effet, avec le début de la maladie cérébrale, il se développe ordinairement, également de l'intérieur vers l'extérieur des masses de sensations, de penchants et d'idées tout à fait nouveaux et qui, jusque-là, avaient été complétement inconnus sous cette forme à l'individu (par exemple sensations de grande anxiété auxquelles se lie l'idée d'un crime commis, l'idée de persécutions, etc.). Au début, ces idées nouvelles se présentent devant le *moi* ancien comme un *toi* étranger qui souvent excite l'étonnement et la frayeur. Souvent les individus ressentent cette pénétration dans le cercle des idées anciennes, comme une prise de possession de l'ancien *moi* par une puissance obscure et irrésistible, et le fait de cette prise de possession est exprimé par des images fantastiques. Mais cette duplicité, cette lutte de l'ancien *moi* contre les nouveaux complexus d'idées non adéquates, s'accompagne toujours d'une sensation pénible de combat, d'état émotionnel et d'agitations violentes. C'est là en grande partie la cause de ce fait que l'expérience nous a appris, à savoir que les premières périodes de l'immense majorité des cas de folie consistent dans des affections des sentiments dont le caractère est ordinairement celui de la tristesse.

Si la cause de ce nouvel état anomal de la pensée, la maladie cérébrale, ne disparaît pas, cet état devient persistant, et comme il contracte peu à peu des liaisons de plus en plus fortes avec les complexus d'idées de l'ancien *moi*, comme souvent la maladie du cerveau a détruit et effacé complétement d'autres masses d'idées qui pourraient l'aider à résister, la résistance de l'ancien *moi*, la lutte dans la conscience, cessent peu à peu, et l'orage des agitations se dissipe ; mais par le fait de ces liaisons et de cette introduction d'éléments nouveaux d'idées et de volontés, le *moi* lui-même est faussé et est devenu tout autre. Puis le malade peut retrouver le calme, et sa pensée peut être parfois formellement juste ; mais ces idées anormales, erronées, s'y glissent généralement comme des prémisses irrésistibles, parce que, ordinairement, elles ont contracté avec elle des liaisons intimes ; le malade n'est plus, sous aucun rapport, le même qu'il était jadis, il est tout autre — son *moi* est devenu un *moi* nouveau et faux. D'autres fois il semble qu'il se forme plusieurs masses peu cohérentes entre elles d'idées dont chacune veut représenter le *moi*, et par cela même l'unité de la personne peut disparaître complétement (certains malades à folie systématisée ou déments). En tant que les agitations ont cessé dans ces états, on peut alors les désigner, avec raison, comme une perversion spéciale de l'intelligence, comme des maladies de l'entendement.

Nous venons de tracer ici en peu de mots la marche ordinaire des choses, depuis l'apparition de la folie jusqu'à sa terminaison en démence

incurable. Ce que nous avons dit ne s'applique naturellement pas à tous les cas (par exemple, pas à la démence survenant primitivement après une blessure de la tête) et, même dans les cas où les phénomènes morbides dans leur ensemble, prennent cette marche, il survient une foule d'accidents intercurrents et de modifications. C'est ainsi que les progrès ultérieurs d'une maladie organique du cerveau (par exemple, d'une inflammation de la couche corticale qui se termine par atrophie) tranche la marche de la folie, de telle façon que la démence s'établissant promptement, il ne peut pas se former un nouveau *moi*; ou la guérison, ou la mort arrive bientôt. A ce sujet voyez la description des formes mentales, livre III.

J'appellerai également l'attention sur l'énorme importance que doit avoir dans ces états la constitution antérieure du *moi*. Un *moi* faible sera plutôt dominé par les nouvelles pensées anomales que ne le sera un *moi* énergique. Une pénétration lente, imperceptible, des anciens complexus d'idées par les nouveaux, donnera lieu à beaucoup moins d'émotions, mais, comme il y a moins d'excitation à la résistance, le *moi* sera d'autant plus sûrement dissocié et absorbé. De toutes les autres circonstances, c'est la durée de la maladie qui a de beaucoup la plus grande importance. Les nouveaux complexus d'idées seront d'autant plus dangereux pour le *moi*, que ces idées auront déjà, quant à leur nature, une plus grande parenté avec les complexus d'idées anciennes; le mélange est alors plus facile, mais aussi le résultat sera une métamorphose du *moi* moins frappante par rapport à l'état antérieur. L'expérience journalière confirme de la façon la plus concluante les propositions que nous venons d'émettre ici.

A l'état normal, c'est surtout dans le complexus d'idées de notre propre corps, que les différents complexus qui peuvent représenter le *moi* trouvent un élément fondamental d'unité. Bien que cette sensation physique de notre corps change aussi de différentes manières dans le cours de notre vie (maladie, âge, etc.), l'ensemble des perceptions du corps reste cependant toujours comme le point de réunion de toutes les autres idées, comme un centre d'où partent les actes moteurs. Mais il y a des états anormaux (et cela est fréquent surtout dans les maladies mentales), où le sentiment général du corps se modifie brusquement et d'une manière notable, de façon que par cela même cet élément fondamental sensuel du *moi* ancien est complétement transformé; c'est alors que l'individu se sépare totalement de sa personnalité antérieure; il ne reconnaît plus sa personne comme lui appartenant, il croit être un individu tout autre qu'il n'est en réalité. Cela est très essentiel à distinguer de ces métamorphoses que subit le *moi*, lorsqu'il se remplit simplement de nouvelles idées et de nouvelles aspirations (produites par la maladie céré-

brale), sans qu'il y ait de modification essentielle dans le sentiment que nous avons de notre corps.

§ 30. — Une différence intellectuelle simple et qui est dans la conscience de tous, c'est que dans certains cas nos idées vont paisiblement à la dérive, tandis que d'autres fois elles s'accompagnent d'une forte oscillation, d'une agitation psychique générale. Dans le premier cas, les complexus d'idées qui représentent le *moi* se comportent à l'égard de la pensée qui est actuellement dans la conscience, comme un spectateur tranquille ; en passant à l'état d'aperception, cette pensée ne modifie le moi que faiblement et lentement, et, lorsqu'il en résulte même quelques jugements obscurs sur l'incitation ou les entraves qu'elle imprime au moi (plaisir ou déplaisir), ceux-ci ne sont que d'une faible intensité. Dans le second cas, l'impression brusque d'un fait dans la conscience, par exemple, d'une masse de perceptions ou d'un mobile qui se manifeste avec vivacité, provoque un mouvement désordonné. C'est-à-dire que ce fait évoque promptement quelques groupes d'idées qui étaient à l'état de repos, celles-ci en entraînent d'autres après elles, tandis que d'autres encore sont repoussées promptement, mais non sans résistance, et le *moi* doit nécessairement en être affecté sous forme d'incitation ou d'entraves, de plaisir ou de peine.

Ces jugements obscurs, plaisir ou peine morale (voy. § 21) constituent le fond de nos sentiments. — Les sentiments sont complétement liés aux idées, et c'est par eux exclusivement que nous avons conscience des conditions de tension et de mouvement que contiennent certaines idées, du degré de liberté de leur mouvement, des incitations ou des entraves qu'elles rencontrent, et du genre d'action réciproque qu'elles exercent les unes sur les autres. Les idées mêmes dont les conditions de mouvement nous sont ainsi connues peuvent être parfaitement claires et fortes, mais elles peuvent aussi être très obscures et sans contenu suffisamment distinct, — souvent, en particulier pour les impressions que le corps exerce sur notre humeur, nous sommes dans l'impossibilité de préciser le motif de notre sentiment de joie ou de peine. Les sentiments de ce genre, sans objet précis, et toutes les dispositions du caractère de même nature, oppression, irritation, déterminent souvent à eux seuls un changement dans les états du corps ; un état maladif change habituellement toute notre manière de ressentir, elle ne modifie pas seulement le contenu de nos idées, mais aussi leurs conditions de tension et de mouvement. Par contre, les sentiments énergiques, bien que provenant des idées mêmes, amènent aussi très fréquemment des modifications dans les masses de sensations corporelles qui sont à l'état de repos ; c'est ce qui fait que certains sentiments violents sont moitié physiques, moitié spirituels (anxiété, frayeur, etc.).

La pensée calme peut s'accompagner de sentiments, par exemple la pensée scientifique, quand les idées adéquates se rencontrent d'une manière favorable, peut s'accompagner d'un grand plaisir, du sentiment de la réussite. Mais les sentiments sont beaucoup plus vifs quand, par suite d'un changement survenu dans la conscience, les complexus d'idées appartenant au *moi* sont soumis à une oscillation violente, et que le *moi* en reçoit une incitation ou un empêchement brusques et inquiets. Ce qui affecte ainsi le moi, c'est ce que l'on nomme les émotions; dans le premier cas elles sont gaies, tristes dans le second. Dans toutes les émotions les sentiments se trouvent comme partie intégrante essentielle: mais tous les sentiments ne provoquent pas des émotions en nous; il y a des sentiments plutôt persistants, stables, qui ne s'accompagnent d'aucune émotion (sentiment de soi-même, de la patrie, de la famille). L'émotion du *moi* peut aller jusqu'à un amoindrissement momentané, on devient « hors de soi ».

Comme les sentiments n'ont pour effet que de faire arriver jusqu'à notre conscience les rapports de tension contenus dans certains complexus d'idées et le genre d'excitation que ces faits provoquent dans le *moi*, les sentiments en eux-mêmes n'ont pas d'objet positif que l'on puisse rendre par des mots, mais ils déterminent des désirs et sont à leur tour déterminés par eux. Naturellement les émotions sont toujours liées à des sentiments parce qu'elles constituent des changements brusques dans les rapports de tension et de mouvement des idées.

La musique provoque chez beaucoup d'individus des sentiments intenses et nous offre justement un bon exemple pour bien comprendre la nature des états intellectuels de ce genre, mi-corporels, mi-spirituels. Dans la musique en effet une certaine alternative dans les sensations de son agit immédiatement et principalement (sans que l'individu en ait conscience) sur les impulsions internes de mouvement et provoque de grandes actions musculaires générales (cadence, rhythme, mélodie), mais si faiblement que d'ordinaire il ne se produit pas de mouvement. Cette alternative constante dans les impulsions internes de mouvement (idées de mouvement), avec ses tensions et ses relâchements, ne produit pas autre chose que des sentiments, complétement sans objet à la vérité; elle provoque quelque chose d'inexprimable, mais d'extrêmement superficiel, sans enrichir l'esprit en lui donnant des idées distinctes. En conséquence, que cette excitation du sentiment soit réellement sans valeur et indifférente pour l'âme, elle peut amener avec elle un certain calme ou un certain état d'excitation de la disposition actuelle de l'esprit, et par tant exercer indirectement sur l'esprit une sollicitation ou une entrave.

Le *sentiment*, à qui l'on rapporte ces phénomènes comme lui appartenant, a de son côté une relation tout à fait essentielle avec la face mo-

trice de la vie de l'âme, avec les penchants et la volonté. Non-seulement tous les états émotionnels éveillent en nous des penchants et des impulsions de la volonté, soit pour lutter contre une entrave, soit pour obéir à une sollicitation ; mais encore l'observation montre que la production des émotions est bien plus facile du côté de la face motrice de la vie de l'âme que par le fait de la perception pure et simple.

Le *moi* est encore bien plus affecté quand un penchant est entravé ou au contraire activé, que quand les mêmes états se produisent du côté de l'intelligence, et les secousses les plus brusques et les plus profondes résultent d'une digue qui vient arrêter subitement le cours de nos tendances. Quand, par exemple, notre pensée scientifique, calme, se trouve entravée par une interruption extérieure inattendue, cela peut bien nous chagriner ; mais quand quelque chose s'oppose à notre volonté, quand un plan que notre *moi* a ébauché et voulu, s'anéantit au moment de se réaliser, cela détermine en nous une émotion beaucoup plus violente, la colère, la tristesse, etc. On voit très souvent un plan ou une détermination de la volonté contrariés, par exemple une occupation forcée, tandis que l'individu aspire de toutes les forces de son esprit vers une direction tout autre, amener une émotion durable et consécutivement à celle-ci la folie. — Je connais un homme qui est devenu aliéné parce qu'il a été obligé de se faire boucher, alors qu'il voulait être ecclésiastique. — On trouve des faits semblables dans tous les asiles.

§ 31. — La question de savoir ce que c'est à proprement parler que le sentiment et les émotions, et la place qu'ils occupent dans la vie psychique, est assez importante au point de vue de l'intelligence de la folie, qui même si souvent et si longtemps consiste principalement en une lésion des sentiments (§ 29). Notre perception et nos penchants sont soumis à une vicissitude constante ; mais il n'est question d'émotions que là où le complexus d'idées qui représentent le *moi* est fortement ébranlé et mis en mouvement, ce qui ne peut jamais se produire en dehors des sentiments (§ 30). Dans ce trouble du calme des sentiments, ce qui est atteint n'est autre chose que le calme habituel avec lequel notre *moi* se comporte relativement aux idées actuelles, que la manière dont les complexus multiples d'idées et de penchants, que nous trouvons en nous, se comportent les uns par rapport aux autres. Mais cet état de calme habituel n'est pas un calme absolu ou l'inactivité ; c'est le résultat d'une activité modérée, moyenne, qui représente en même temps la masse moyenne acquise des forces psychiques et la direction habituelle de la vie psychique ; on peut dire : c'est le ton psychique.

La tonicité de la moelle épinière qui s'exprime dans les muscles, dans le tissu cellulaire, etc., comme un degré moyen, habituel, de contraction, et du côté de la sensibilité, comme un degré moyen d'impressionnabilité

à la douleur et d'excitabilité, est le produit nou pas d'une sensation ou d'un mouvement isolément pris, mais bien de la totalité des sensations et des impulsious de mouvement qui se sont confondues dans l'unité et la généralité des états d'excitation moyenne ; elle repose sur une somme moyenne d'excitation qui résulte de toutes les activités nerveuses centrales réunies, et cet état moyen de calme apparent est interrompu et supprimé dans son ensemble non pas par chaque sensation et par chaque mouvement, mais il l'est par toutes les sensations fortes et brusques et par tous les mouvements violents (fatigue, douleur, etc.). Des deux côtés, la tonicité est naturellement plus oscillante et plus variable à de certains moments qu'à d'autres, suivant l'état dans lequel se trouve l'organe; quelquefois une petite excitation peut amener de la fatigue, de la douleur, des convulsions ; parfois on peut être agacé par une mouche marchant sur un mur. Ce n'est pas l'expression ordinaire, et ce serait trop abstrait, quoique exact, de considérer le tétanos, les convulsions, etc., comme des altérations de la tonicité (exagération, suppression isolée, etc.); car indubitablement la tonicité est ici en même temps atteinte. De même, dans les états analogues de l'esprit (douleur morale, convulsions de l'intelligence), le trouble le plus frappant est le désordre des sentiments, et c'est en général dans ce sens que l'on doit parler des lésions des sentiments affectifs et de leur primitivité dans la folie.

On dit d'un homme qu'il est sensible, quand son *moi* ne s'émeut pas trop difficilement et que les sentiments agréables ou désagréables se développent facilement en lui, qu'il prend facilement part au plaisir ou à la peine des autres, qu'il est prompt à la bienveillance et à l'aversion, etc. Bien que ce soit là une heureuse qualité, elle offre cependant ce danger que l'individu s'en tienne volontiers à ces excitations vagues, aux sentiments, et que les éléments n'en deviennent pas assez distincts pour passer à l'état d'idées claires, qu'il perde l'habitude de ces pensées distinctes et qu'il dirige ses actes et sa vie d'après ces simples sentiments dont il ne peut plus sortir. C'est là ce que l'on appelle un homme sensible en mauvaise part. — Un homme insensible est celui dont le *moi* s'affecte très difficilement dans le sens du plaisir ou de la douleur, soit à cause de la grande faiblesse ou de l'obtusion de toutes ses facultés psychiques (homme apathique, phlegmatique), ou parce que dans le choc du *moi* avec chaque perception, au lieu de sentiments vagues, il se produit tout de suite des jugements distincts composés de termes clairs (hommes chez lesquels prédomine l'intelligence). — L'homme fort de caractère est celui chez qui il s'est développé une tonicité psychique soutenue, que chaque impression psychique ne modifie pas immédiatement; il ressent bien les événements heureux ou malheureux qui s'accompagnent chez lui d'un sentiment vague d'élévation ou d'abaissement de son

moi, mais celui-ci ne s'ébranle pas aussi facilement; il ne se produit pas chez lui une inquiétude physique générale, l'aigreur, la mauvaise humeur ; dans la joie et dans la douleur l'équilibre est conservé. — Il y a au contraire affaiblissement des sentiments, là où une réaction étendue, mais sans énergie du *moi*, est facilement provoquée; presque toutes les idées déterminent un sentiment; la joie et la tristesse se succèdent avec une énorme facilité, et l'agitation devient un besoin; la diminution de l'impressionnabilité nécessite souvent alors une nouvelle et forte excitation (ils trouvent du plaisir, un certain piquant aux choses effrayantes), et le *moi* n'arrive presque plus à l'état de calme que dans des périodes d'épuisement et d'engourdissement.

On reconnaîtra tout de suite l'identité de ce dernier phénomène avec ce que l'on nomme dans la sphère de la sensibilité motrice la faiblesse irritable, et ce que l'on regarde comme la disposition la plus importante et l'état fondamental de beaucoup de maladies nerveuses (par exemple dans les névroses spinales). On donne avec raison à cet état le nom de faiblesse; car à côté des exagérations isolées et localisées de l'excitabilité, il y a un abaissement absolu de l'intensité dans les fonctions. Dans les convulsions, le mouvement musculaire volontaire est cependant faible; et dans les émotions constantes, la pensée et la volonté sont faibles et engourdies. Non-seulement ces états sont très souvent combinés ensemble (tendance aux émotions et convulsions très faciles chez beaucoup d'hystériques), mais encore assez souvent ces deux ordres de phénomènes sont produits simultanément par les mêmes causes, ils ont dans leur cercle les mêmes conséquences, et les bases de leur traitement sont tout à fait analogues.

§ 32. — Du genre et de la nature de l'émotion, de la facilité avec laquelle le *moi* est affecté sous forme de sentiment et d'émotion dépendent, il est vrai, le mode de réaction psychique de l'homme et par conséquent aussi l'originalité individuelle. En conséquence, la sphère interne du sentiment constitue une grande partie de l'essence caractéristique de l'individu, et la mutabilité des émotions n'est pas en contradiction avec cette essence; car le mode spécial de cette succession de sentiments a lui-même une valeur caractéristique; c'est lui qui donne la couleur et le ton fondamental de notre vie affective. Le sentiment est une certaine manière d'être du *moi*, de ce noyau solide et persévérant de notre individualité, dans lequel se sont combinés les résultats de toute notre histoire psychique. Le *moi* est, il est vrai, ébranlé, mais non compromis ou supprimé dans les émotions; qu'est ce qui doit en effet être affecté dans les émotions, si ce n'est ce complexus d'idées, le *moi?* — Le *moi* peut être dissocié et complétement détruit (cela n'est pas rare dans les désorganisations profondes du cerveau, dans la démence); il peut succomber et être

remplacé par un nouveau *moi* (folie systématisée) ; mais cela n'arrive (§ 29) que quand les émotions qui devaient nécessairement accompagner la lésion et la dissolution de l'ancien *moi*, se sont complétement apaisées.

Le genre et la manière dont le complexus d'idées qui représente le *moi* est affecté par ce qui se passe dans la conscience, ou par ce qui arrive jusqu'à elle, déterminent le genre et la nature du sentiment de soi-même. Des modifications peu intenses et prolongées de ce sentiment fournissent à leur tour les éléments (les motifs) des différentes dispositions des sentiments affectifs ; les modifications brusques et violentes qui amènent une perturbation considérable dans l'équilibre de l'âme, sont la base des sentiments affectifs. Le fond du sentiment de soi-même ne peut être que de deux sortes, plaisir et peine, plaisir, quand le complexus d'idées du *moi*, les objets qui intéressent notre vie intérieure sont favorisés et activés dans leur libre cours, dans leurs relations adéquates et en particulier dans leur transformation en efforts par leur passage dans la conscience ; peine au contraire, lorsqu'ils sont repoussés, supprimés, entravés. Depuis la plus légère modification de la disposition de l'esprit jusqu'à l'émotion la plus furieuse, il n'y a donc que deux choses possibles : ou un état d'incitation et d'expansion du *moi*, dans lequel le *moi* se trouve bien, et par cela même se comporte affirmativement à l'égard du nouveau phénomène qui se passe dans la conscience et cherche à le retenir ; ou bien un état d'empêchement, de répression, de dépression, dans lequel le complexus d'idées du *moi*, arrêté et refoulé dans son cours et dans sa transformation en efforts, s'envole aussitôt ou pénètre de force en luttant avec persévérance, et où le *moi* par conséquent se comporte toujours d'une manière négative par rapport à ces nouvelles idées. Toutes les dispositions de l'humeur et toutes les émotions se divisent donc en deux grandes classes, les émotions expansives (et en même temps affirmatives), et les dépressives (négatives et associées à la répulsion). A la première classe appartiennent la gaîté, la joie, l'enjouement, la pétulance, l'espérance, le courage, l'arrogance, etc. ; à la seconde appartiennent la méchanceté, la mauvaise humeur, le découragement, la tristesse, le chagrin, la honte, la peur, la terreur, etc.

Ce rapport nous donne la base d'une classification pour ces états de folie qui consistent surtout dans l'empire des douleurs morales, par conséquent pour les formes primitives des maladies mentales (§ 29). Nous en trouvons deux classes principales : dans l'une, le désordre capital consiste dans des dispositions dépressives, négatives, et dans les émotions, tous les états de mélancolie ; dans l'autre, il consiste dans des émotions expansives, affirmatives (monomanie). — Nous n'avons pas encore parlé de la colère ; elle tient le milieu entre ces deux classes d'émotions ; par ses motifs, elle appartient plutôt à la première, en ce qu'elle suppose

une atteinte portée au *moi*; mais à cette atteinte succèdent une réaction violente du *moi*, une expansion active et une explosion de la pensée et de l'effort, par lesquelles cette impression hostile est le plus souvent surmontée et l'équilibre rétabli. Mais dans leurs éléments psychologiques, les états que l'on désigne sous le nom de manie se rapprochent beaucoup de la colère, et ceux-ci trouvent au point de vue nosologique leur place naturelle entre la mélancolie et la monomanie.

§ 33. — Une circonstance importante à signaler dans les émotions et qui les distingue d'une manière très nette de la pensée calme, c'est que dans ces états il y a toujours, en outre des phénomènes cérébraux, d'autres phénomènes organiques mis en jeu. Les battements du cœur, la respiration, la digestion stomacale, la sécrétion de la sueur, de la bile, de l'urine, sont modifiés par les émotions; quand un individu est en colère, les veines de son visage se gonflent, il semble même parfois que cette émotion violente va le suffoquer; dans la peur ou la terreur, les sécrétions aqueuses se font rapidement; dans la tristesse, la respiration est ralentie, superficielle, et doit par conséquent être parfois interrompue par de profondes inspirations, par des soupirs, etc. C'est ainsi que les émotions (et les états émotionnels) donnent naissance, originellement, par l'excitation que le cerveau transmet au système nerveux, à des anomalies de la santé physique. Une émotion qui n'est que de courte durée et qui se produit chez un individu sain, disparaît promptement sans laisser de traces; lorsqu'au contraire l'émotion arrive chez un sujet déjà malade, et lorsque les causes qui l'ont fait naître durent longtemps (par exemple, chagrin prolongé), il survient peu à peu dans la machine organique des troubles très complexes auxquels la simple cessation de l'émotion ne peut plus mettre immédiatement fin, et ces troubles peuvent, par suite d'une nouvelle excitation qu'ils provoquent ultérieurement dans le cerveau, entretenir et exagérer les émotions actuelles, et de plus, donner naissance à de nouveaux états de même nature.

C'est un fait démontré par l'expérience journalière que, quand l'activité psychique du cerveau est influencée par les phénomènes organiques, la respiration, la digestion, etc., cette influence ne se traduit pas immédiatement sur la sphère des idées claires par l'acquisition de pensées nouvelles, mais que plutôt il se produit tout d'abord en nous des modifications obscures du sentiment de soi-même et de l'humeur, des sentiments d'élévation ou d'abaissement de notre activité psychique en général, et qu'ainsi un élément essentiel d'états émotionnels pénètre en nous (§ 20).

Nous en trouvons des exemples dans une foule de maladies. Nous voyons très souvent déjà les maladies du cœur produire de l'anxiété, les maladies de l'intestin, les altérations du sang résultant de l'ictère, déterminer un état de caprice, de mauvaise humeur, d'anxiété, d'aigreur, une

paresse de la pensée, une désharmonie générale, etc. Le sentiment de santé ou de maladie a ordinairement une très grande influence pour donner à notre esprit une tournure vive et joyeuse, ou au contraire triste et découragée. Des causes extérieures de nature à déterminer une émotion viennent-elles à agir sur nous, c'est de l'état actuel où se trouve notre cerveau, sous l'influence habituelle ou passagère des états organiques, qu'il dépend principalement qu'il y ait ou non émotion. Une émotion triste produite par une cause extérieure a bien plus de prise sur un individu déjà mal disposé par le fait d'une maladie physique, et agit d'une façon bien plus durable que si elle survient chez un individu qui dans le moment même se trouvait dans un état de gaieté et de bien-être.

Ces rapports constituent quelques-uns des éléments les plus importants de la pathogénie des maladies mentales. Ils nous expliquent la prédisposition à la folie résultant d'une quantité infinie de maladies physiques et le mode d'action des causes morales. Ces dernières en particulier n'engendrent que très rarement la folie d'une manière directe ; beaucoup plus souvent elles la produisent secondairement, par l'intermédiaire d'autres dérangements; par exemple, à la suite d'un chagrin prolongé, la nutrition souffre profondément, et c'est de cette façon que le chagrin agit sur le cerveau et par suite sur les phénomènes psychiques.

§ 34. — Dans les émotions, il n'y a pas de délibération calme possible. Le *moi* étant lui-même dans un état d'ébranlement et d'oscillation, il ne conserve pas le calme nécessaire pour apprécier les faits qui se succèdent dans la conscience avec une attention et un abandon complets. Cet état dans lequel une semblable appréciation est possible et se produit réellement, se nomme la *raison*. Pour cette appréciation, et par conséquent aussi pour la délibération, il faut une détermination réciproque des pensées, points d'arrêt et suspension, réunion et examen ; il faut que les idées de contraste (§ 26) puissent se produire; il faut enfin que le *moi* jouisse du calme nécessaire. Tout cela n'a pas lieu chez les aliénés. La maladie cérébrale fait naître en eux des dispositions et des penchants qui deviennent le point de départ d'émotions; quand celles-ci donnent à leur tour naissance à de faux jugements (idées fixes), le malade ne peut pas les rectifier, il ne peut pas s'apercevoir de son erreur : au début, parce que l'émotion persistante ne laisse pas aux idées de contraste le calme nécessaire pour qu'elles se développent d'une façon convenable, et que plus elle se prolonge, plus les conséquences qui en résultent (faux jugements) se fortifient et se consolident; et plus tard, parce que ces faux jugements sont devenus partie intégrante de tous les complexus d'idées du *moi* (§ 29) (1).

(1) L'auteur explique ici les conceptions délirantes des aliénés par ce fait que

Dans toute maladie mentale confirmée, il y a donc impossibilité pour le malade de reconnaître la fausseté de ses conceptions morbides. Ce fait se confond pour la plus grande partie avec la perte de possession de soi-même que nous avons étudiée plus haut au § 27. Mais par cela même, les aliénés ont perdu l'intelligence, et cela, comme l'a si bien dit Herbart, parce que « leurs pensées ne se laissent plus troubler dans leur courant par une lutte extérieure ou intérieure ». Même dans l'état de santé, toutes espèces de caprices, de faux jugements, de pensées folles, peuvent traverser le cerveau d'un individu sain d'esprit ; mais il peut, lorsqu'il n'est pas sous le coup d'une émotion, les admettre ou les repousser avec calme.

§ 35. — La guérison de la folie ne se produit ordinairement que dans les périodes primitives, mais qui souvent, il est vrai, durent plusieurs années, et dans lesquelles la folie consiste principalement en un état émotionnel. Les dispositions morbides et les émotions disparaissent par le fait de la suppression de la maladie cérébrale ou des causes organiques qui l'avaient amenée; les faux jugements qui étaient basés sur ces dispositions et sur ces émotions doivent aussi tomber avec elles, et les complexus d'idées du *moi* qui alors n'est plus ébranlé reprennent immédiatement tous leurs droits. Mais les causes organiques de la maladie cérébrale ne viennent-elles à disparaître qu'à une époque où les faux jugements ont déjà contracté des liens nombreux avec les complexus d'idées du *moi*, le malade peut bien encore guérir, il est vrai, mais c'est un travail psychologique qui se fait très lentement et très graduellement, jusqu'à ce que la direction normale antérieure des idées repre-

« l'émotion persistante ne laisse pas aux *idées de contraste* le calme nécessaire » pour qu'elles se développent d'une façon convenable, etc. » — Cette explication peut être excellente; mais, qu'on l'adopte ou non, il est certain que les *idées de contraste* sont absentes chez les aliénés et que de ce fait découle l'inutilité du raisonnement pour combattre leurs erreurs. Ces idées de contraste que Pariset appelait *idées intermédiaires*, sont celles qui séparent la conception de la croyance et l'impulsion de l'acte. On peut bien comprendre ce qui se passe alors dans la folie par ce qu'on observe dans les rêves : les raisons qui dans l'état de veille ne manqueraient pas de surgir en foule pour nous montrer l'absurdité de certaines conceptions, ces raisons ne se présentent pas à notre esprit pendant le sommeil, et nous croyons en quelque sorte fatalement, par suite de l'absence de ces *idées intermédiaires*, de ces idées de contraste qui font partie du mécanisme intellectuel dans l'état de veille. Mais, en général, la croyance suit directement la conception ; les actes, chez les somnambules comme chez les aliénés, suivent aussi directement les impulsions. On sait l'histoire de ce moine qui, dans un accès de somnambulisme, se rendit, armé d'un couteau, dans la cellule du prieur, et frappa le lit à plusieurs reprises en présence même du prieur, qui n'était point encore couché. (B.)

nant des forces, les liens que les faux jugements ont contractés avec le *moi* se dénouent et finissent par disparaître entièrement (certains convalescents ne guérissent complétement que chez eux, en retournant à leur manière de vivre antérieure, à leurs occupations, etc.). Mais quand l'ancien *moi* est vicié, corrompu, et faussé sous toutes ses faces par les idées fausses, morbides, quand en outre les complexus d'idées de l'ancien *moi* se trouvent si complétement refoulés (oubliés) que, sans la moindre trace d'émotion, le malade a échangé toute sa personnalité avec une autre et n'a plus guère que très-peu conscience de l'ancienne, la guérison est alors à peu près impossible, et ce n'est que très rarement que l'on arrive, en excitant chez eux de violentes émotions, et par une sorte de dressage mécanique (comme M. Leuret, par exemple, l'a tenté, *Du traitement moral de la folie*, Paris, 1840), à obtenir une rétrogradation notable des symptômes de la folie. Et même naturellement cela n'arrive que dans les cas où le cerveau n'a pas encore subi une lésion organique profonde; quand il existe une lésion de ce genre, comme dans la démence secondaire, il n'y a plus aucun espoir de guérison.

SECTION IV.

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DES MALADIES MENTALES.

§ 36. — Avant de nous occuper des ensembles complexes de symptômes qui constituent les différentes formes de la folie, nous avons encore à passer rapidement en revue quelques considérations générales, je veux parler de chacun des troubles élémentaires qui, dans les diverses formes de l'aliénation (la mélancolie, la manie, etc.), se groupent de différentes façons. Et comme dans les maladies cérébrales que nous étudions dans cet ouvrage sous le nom de *maladies mentales*, il n'y a, comme dans les autres affections du cerveau, que trois catégories distinctes d'anomalies essentielles, lésions de la sensibilité, lésions du mouvement et lésions de l'intelligence, nous aurons à étudier successivement trois grands groupes de troubles élémentaires, une folie de l'intelligence, une folie de la sensibilité, une folie du mouvement.

Dans tous ces états, les troubles intellectuels sont, il est vrai, de beaucoup les plus frappants, ils sont le plus souvent caractéristiques, et c'est sur eux que se base le diagnostic; mais il ne faudrait pas pour cela regarder comme simplement accessoires les symptômes morbides qui se

produisent du côté de la sensibilité et du mouvement. Les anomalies de la sensibilité jouent un grand rôle dans l'aliénation, et les perturbations de ce que l'on nomme l'imagination (§ 18) se rapportent en grande partie à cet ordre de faits. Quant aux lésions du mouvement qui, au premier abord, paraissent être complétement étrangères à la folie, nous verrons plus tard qu'elles ont une très grande importance au point de vue tant du diagnostic anatomique que du pronostic.

CHAPITRE PREMIER.

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DE L'INTELLIGENCE.

§ 37. — Le fait essentiel dans la folie, ce qui constitue à proprement parler l'état morbide, consiste dans ce fait capital que certains états du cerveau, certaines dispositions, sentiments, émotions, jugements, déterminations, se produisent intérieurement par suite de l'état de maladie de l'organe de l'âme, tandis qu'à l'état normal, ces divers actes ne sont déterminés que par des causes extérieures suffisantes, et par conséquent ont une certaine liaison harmonique avec le monde extérieur (1). Personne ne s'étonne qu'un individu soit triste quand il a subi une perte considérable, et qu'un autre manifeste une joie bruyante quand il voit réussir une chose qu'il désirait ardemment. Mais il est rationnel de voir un état morbide dans une tristesse ou dans une joie exagérées qui n'ont pas de

(1) Il importe, je crois, de bien préciser ce que l'on doit entendre par le *fait essentiel* de la folie. Les désordres qu'énumère ici M. Griesinger constituent, comme il le dit, les symptômes ; mais je dois rappeler que la folie offre, entre toutes les maladies, cela de très particulier, que les symptômes n'en sont pas le seul caractère essentiel. L'analyse permet en effet de reconnaître chez l'aliéné deux éléments très distincts :

Le premier est un trouble fonctionnel de l'entendement.

Le second est la perte de conscience de ce trouble fonctionnel.

Prenons pour exemple les hallucinés. Nous trouvons chez eux les hallucinations, c'est-à-dire une lésion fonctionnelle de l'intelligence et de la sensibilité. C'est le premier élément.

Nous trouvons encore la conviction que leurs hallucinations ont une cause réelle dans le monde extérieur. Ce faux jugement, cette conception délirante qui prouve que le malade a cessé d'avoir conscience de ce qui se passe en lui, c'est le deuxième élément.

Mais l'hallucination peut exister sans entraîner cette fâcheuse conséquence, et il y a quelques hallucinés qui jugent et apprécient leurs hallucinations comme le

motif extérieur, aussi bien que quand un individu, en présence d'une cause extérieure réelle, s'affecte plus profondément et plus longtemps qu'il ne convient : par exemple, quand un motif insignifiant donne lieu à un accès de colère violente que l'on ne peut plus maîtriser de longtemps.

C'est en vertu du même principe que nous apprécions tous les phénomènes qui se passent dans le système nerveux. La fatigue après une longue marche est chose normale ; une lassitude persistante alors qu'on garde le repos est un phénomène morbide. La sensation de froid, quand la température extérieure est très basse, est une chose naturelle ; cette même sensation se produisant quand l'air est chaud, est un phénomène morbide. L'engourdissement de la jambe par le fait d'une pression exercée sur le nerf sciatique est déjà un léger degré de maladie ; cependant on peut le regarder comme un état relativement normal par opposition avec un engourdissement persistant produit dans ce membre par une cause interne, par une maladie de la moelle épinière. Il y a également maladie, quand, à la suite d'une cause légère, la réaction se fait d'une manière exagérée ; lorsque, par exemple, après une course de quelques pas, on ressent une grande fatigue, quand après un courant d'air tiède, on éprouve un froid intense, etc. Toutefois il est très difficile de déterminer d'une manière exacte les limites où cesse l'état de santé et où commence la maladie ; de sorte qu'ordinairement, surtout quand ces phénomènes ne sont que passagers, on ne les considère pas comme des états de maladie. Un verre de vin peut nous égayer sans que nous ayons de motif extérieur de gaieté : il se produit dans ce cas en

médecin lui-même. Ces malades offrent certainement des symptômes graves, cependant ils ne sont pas aliénés. L'hallucination, c'est-à-dire le premier élément, n'est donc pas ici le seul caractère essentiel de la folie. On peut dire la même chose pour les autres symptômes : les conceptions extravagantes ou la perversion des sentiments, les impulsions insolites, tout cela constitue une maladie ; mais cette maladie ne prend le nom de folie que quand on a perdu la conscience du désordre intellectuel et moral, ou qu'on est devenu impuissant pour réprimer les actes auxquels ces désordres vous entraînent.

Le fait vraiment essentiel de la folie, c'est la perte du libre arbitre, et M. Griesinger observe plus haut, avec beaucoup de raison, que cette perte est « le résultat des désordres psychiques les plus divers » ; rien n'est plus vrai, et la folie n'est en effet qu'un résultat, qu'une conséquence des troubles de l'entendement. Il importe seulement de rappeler que ces désordres psychiques n'entraînent pas toujours et nécessairement la folie. On ne peut donc pas dire, comme l'avait déjà fait Georget, que le *symptôme essentiel* de cette maladie consiste dans les désordres intellectuels. Je ne puis d'ailleurs que renvoyer, pour ce qui a trait à ce sujet, à l'essai de classification que j'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques*, 2e série, 1853, t. V. (B.)

dedans de nous-même et sous l'influence de l'alcool un certain état du cerveau, une disposition expansive ; il y a là quelque chose qui ressemble de loin à la folie, mais que personne n'a songé à qualifier de maladie, parce que les phénomènes résultant de cet état n'ont pas une grande intensité et sont tout à fait passagers.

La durée et l'intensité des phénomènes jouent un très grand rôle dans notre appréciation de certains états psychiques comme états morbides. Chacun sait par sa propre expérience que parfois et sans cause extérieure, il peut se produire en nous une disposition à la gaieté ou à la tristesse, à la tendresse ou à l'amertume, états de l'âme qui ordinairement ne peuvent s'expliquer que par une modification très légère de l'organisme, que l'on ne peut guère reconnaître qu'en y apportant le plus grand soin. Ces différentes dispositions de l'esprit ne constituent pas un état morbide quand elles n'ont qu'une intensité modérée, quand elles sont de courte durée et qu'elles peuvent facilement être tenues en échec par le complexus d'idées du *moi ;* elles constituent au contraire un état véritable de maladie quand elles poursuivent partout et toujours l'individu, quand une excitation morale extérieure ne peut plus les faire cesser, enfin quand, au lieu de pouvoir être dominées par le complexus d'idées du *moi*, elles l'affectent d'une façon tumultueuse et donnent naissance à un état permanent d'agitation interne pénible. Mais il en est de ces dispositions de l'esprit comme de certaines idées distinctes. Une pensée bizarre, extravagante, peut traverser le cerveau de l'homme le plus raisonnable ; si cette pensée n'est que passagère et que le *moi*, par un effort un peu vigoureux, peut la faire promptement oublier, on ne dira pas que c'est là un phénomène morbide. Dans la folie, au contraire, ces dispositions d'esprit, ces idées délirantes se fixent solidement, parce que, par suite de la durée et de l'intensité de l'affection du cerveau, elles pénètrent l'âme d'une façon durable et énergique.

§ 38. — Pour bien comprendre l'aliénation mentale, il faut s'identifier avec l'état de l'âme des aliénés. D'après les états psychologiques qui sont encore dans les limites de la santé intellectuelle, et qui dès lors appartiennent au domaine de l'expérience, nous pouvons nous faire une idée approximative de ce qui se passe dans l'âme malade. Les rêves, les émotions, la lassitude d'esprit, et en particulier ces changements d'humeur modérés, que l'on observe parfois, comme nous l'avons vu plus haut, même en état de santé, et qui surviennent tantôt spontanément, tantôt sous l'influence d'un trouble très léger de l'organisme, tous ces phénomènes sont très instructifs au point de vue du sujet qui nous occupe. L'observation nous apprend, en effet, que ces mêmes phénomènes, d'un côté de méchanceté, d'irascibilité, de mécontentement, de tristesse, et de l'autre, d'enjouement, de joie, etc., se rencontrent souvent, mais avec

une persistance et une intensité tout à fait anormales, comme éléments principaux de la folie; que, par conséquent, une quantité de ces états qui s'observent à l'état normal se retrouvent aussi dans la folie, et dès lors reçoivent une vive lumière de leur comparaison avec les premiers. Mais les aliénés présentent d'autres anomalies psychologiques qui n'ont aucun analogue dans les phénomènes que notre propre expérience nous fournit à l'état normal, et que pour ce motif nous ne sommes nullement en état de comprendre. Ainsi, quand nous voyons des aliénés se plaindre qu'ils ne pensent pas eux-mêmes, mais que leurs pensées leur sont transmises toutes faites par d'autres personnes, ou qu'on leur soustrait leurs pensées; quand nous voyons des aliénés attribuer à certains mots, à certains gestes, un sens tout particulier, une importance mystérieuse, nous ne pouvons nous faire une idée bien juste de tout cela. Il en est de même de la démence dans laquelle la pensée est complétement abolie; la fatigue intellectuelle la plus profonde ne présente rien qui s'en rapproche: à peine quelques états de sommeil et de rêve peuvent-ils nous en donner une idée éloignée. Quand on connaît le délire fébrile pour l'avoir éprouvé soi-même, on a déjà quelques notions pour comprendre les maladies mentales.

Dans les paragraphes suivants, en parlant des anomalies morbides du caractère, de la pensée et des penchants, nous aurons toujours soin de rappeler les états physiologiques analogues. Notre division des troubles psychiques en trois classes n'est qu'extérieure, destinée à en faciliter l'étude; leur liaison intime doit se déduire des paragraphes 25 à 34.

A. *Anomalies du sentiment.*

§ 39. — L'observation montre que dans la très grande majorité des cas la folie débute, non pas par des discours dépourvus de sens ou par des actes extravagants, mais bien par des changements dans le caractère, par des anomalies du sentiment de soi-même et de l'humeur, et par les états émotionnels qui en résultent. Et de fait, les premiers débuts de l'aliénation sont marqués par un sentiment de mauvaise humeur, de mécontentement, d'oppression, d'anxiété, que rien ne motive, parce que les nouvelles masses d'idées et les nouveaux penchants qui se produisent sous l'influence de l'affection cérébrale ne sont ordinairement, au début, que très obscurs encore, et que, par conséquent, le trouble qui survient alors dans la marche normale de la pensée et de la volonté, et le nouvel élément psychique qui vient envahir le *moi*, ne sont encore ressentis que comme une modification générale dans les dispositions de l'esprit et du caractère. La diminution de la force et de l'énergie du *moi*, le refoulement du complexus de ses idées, ont pour résultat un état psychique

douloureux d'une espèce indéterminée, un dérangement des sentiments extrêmement pénible en raison même de son obscurité; les nouvelles idées et les nouveaux penchants morbides qui surgissent alors amènent un état de déchirement de l'âme, le sentiment de la division de la personnalité et un asservissement imminent du *moi*. La douleur morale se montre sous une des formes connues d'agitation, d'anxiété, de tristesse, et amène avec elle toutes les conséquences, signalées plus haut (§ 21), d'une modification totale de la réaction contre le monde extérieur, et d'une perturbation dans l'activité motrice de l'âme. Perversion des sentiments naturels, antipathies et haine pour les objets précédemment aimés, insensibilité pour les choses extérieures ou une tendresse qui s'accroche d'une façon morbide à un seul objet, mais sans avoir la profondeur du sentiment calme, et le soin convenable, tendresse qui souvent alterne brusquement et par soubresauts avec la répugnance, tels sont les phénomènes ordinaires en pareil cas. La sensibilité exagérée rapporte tout à elle-même, parce qu'elle se sent réellement touchée d'une façon désagréable partout, parce que dans le lugubre obscurcissement où se trouvent ses conceptions et son jugement, l'homme interprète mal tout le présent et ne voit dans tout l'avenir que des événements fâcheux. La méfiance et le soupçon sont entretenus par le sentiment de cette diminution de la faculté de résistance, et toujours réveillés par le sentiment d'anxiété physique qu'éprouve l'individu. Les choses lui paraissent autrement qu'elles ne sont, parce que lui-même se comporte autrement à l'égard de toutes les impressions morales, parce qu'il ressent d'une manière tout autre, et parce qu'il a la plus grande tendance tantôt à attribuer son état à une influence directe du monde extérieur, à se croire poursuivi, lésé, ensorcelé, dominé par des influences mauvaises, mystérieuses, tantôt à en rechercher les causes dans sa vie antérieure, et à s'accuser de toutes sortes de crimes, d'infamies et de méfaits dont son état actuel serait la conséquence nécessaire.

On observe ici les modifications les plus variables de ces états fondamentaux, tantôt une absorption complète de l'individu en lui-même, tantôt un désespoir bruyant, parfois de la méchanceté, rarement une effusion de tendresse; ou bien le malade se tourmente constamment lui-même, ou il manifeste toujours son mécontentement de tout ce qui l'entoure; quelques-uns sont dégoûtés de la vie et prennent froidement la résolution de se suicider, d'autres ont peur de la mort, des peines de l'enfer, etc. Très souvent au début, le malade a le sentiment de la folie commençante, parfois il demande l'assistance du médecin, et l'on a même vu des malades à la période initiale de la folie venir de loin demander d'eux-mêmes leur admission dans l'asile des aliénés.

Les états que nous venons d'énumérer constituent les éléments des

différentes formes de la mélancolie ; cependant on les observe aussi dans d'autres formes mentales (par exemple, la folie systématisée, la manie), et l'on peut dire que la plupart des aliénés se sentent extrêmement mal à leur aise et même malheureux, circonstance qui pourrait bien avoir donné naissance à l'ancienne dénomination de *morositates* (Sauvages pour toutes les maladies mentales. A ces états correspondent comme analogues dans l'état de santé toutes les dépressions de l'humeur et des sentiments, le découragement, une irritabilité exagérée, une amertume et un mécontentement habituels, un esprit inquiet, comme cela se voit quelquefois chez des individus d'une intelligence supérieure (J.-J. Rousseau), une jalousie sans motif, l'aigreur, la crainte, la colère, etc.

§ 40. — Les états morbides du sentiment avec disposition à la gaieté, à l'extravagance et à la folâtrerie, avec exagération de l'activité psychique (et ordinairement aussi corporelle), offrent une très grande analogie avec les émotions expansives, et ont comme celles-ci les mêmes conséquences principales immédiates. Il y a aussi à l'état normal une « joie folle » dans laquelle non-seulement le sentiment du présent heureux épanouit toutes les forces de l'âme, mais aussi tout à coup les rêves de l'avenir semblent se réaliser ; les hommes et les choses nous touchent de plus près, nous voudrions pouvoir faire partager à tout le monde notre bonheur, et nous voudrions embrasser le monde entier. Dans cet état de joie folle, il peut déjà survenir un désordre assez notable et une certaine incohérence des idées, et cela montre toujours qu'il n'y a pas une émotion très profonde, quand l'individu peut rapidement redevenir maître de lui-même. Ainsi, même chez l'individu bien portant, ces sentiments s'accompagnent ordinairement d'un besoin de mouvement extérieur, d'agitation, de loquacité, d'activité anormale. Ces états se manifestent d'une manière analogue quand ils se produisent intérieurement par le fait de la maladie ; ils constituent ordinairement les états fondamentaux de ce que l'on appelle la monomanie ; quelquefois aussi on les observe, mais à un degré beaucoup plus faible dans la folie systématisée et dans la démence agitée (1). D'après nos observations, nous devons nous ranger tout à fait à l'opinion

(1) L'auteur signale ici la gaieté, l'expansion, une joie folle, une tendance à voir tout en beau, comme « les états fondamentaux de ce que l'on appelle la monomanie ». Ce sont, en effet, les caractères qu'Esquirol a assignés à cette forme de la folie. Il a représenté les monomaniaques comme dominés par les passions expansives « ayant le sentiment d'un état de santé parfaite et inaltérable, d'une » force musculaire augmentée, d'un bien-être général. Ces malades, dit-il, saisis- » sent le bon côté des choses ; satisfaits d'eux-mêmes, ils sont contents des autres ; » ils sont heureux, joyeux, communicatifs ; ils chantent, rient, dansent. Dominés » par l'orgueil, la vanité, l'amour-propre, ils se complaisent dans leurs pensées

de M. Guislain, que la folie gaie est presque toujours secondaire et succède généralement aux états de dépression. C'est pour cela qu'elle paraît aussi dépendre d'une maladie psychique plus profonde que ces derniers. Souvent il semble que tout à coup, par le fait d'un changement survenu dans l'état du cerveau, les entraves qui jusque-là pesaient sur l'âme se trouvent complétement supprimées, et qu'alors le sentiment d'une grande liberté psychique, une disposition heureuse et pleine d'espérance puissent se produire d'eux-mêmes, comme un symptôme d'un ébranlement profond; nous trouvons dans ce fait quelque chose qui ressemble de loin à un phénomène que l'observation nous montre dans le système nerveux sensitif et moteur (Purkinje), à savoir, que, quand les membres ont été longtemps chargés d'un poids, dès qu'on l'enlève, on éprouve aussitôt une facilité extraordinaire dans les mouvements.

Il y a encore une foule d'autres dispositions et d'autres excitations morbides du sentiment qu'il n'est pas possible d'énumérer isolément, des inclinations ou des répugnances bizarres, capricieuses, un violent amour sensuel ou idéal et fantastique, de la coquetterie, etc.

Ordinairement, lorsque ces diverses anomalies du sentiment se produisent, l'individu ne se comporte plus comme auparavant à l'égard du monde extérieur, tout son caractère, ses penchants et ses goûts changent totalement. L'homme doux peut devenir sauvage; l'avare, prodigue; le moral, obscène; le modeste, orgueilleux et hautain, etc. Ordinairement le changement du caractère est pendant les périodes initiales de la folie le symptôme le plus frappant, et ce n'est généralement que quand la folie s'établit d'une façon lente et progressive qu'elle se présente alors simplement comme l'exagération excessive du caractère naturel de l'individu. C'est pourquoi il ne faut conclure qu'avec la plus grande réserve des particularités que le malade présente sous le rapport des sentiments à son caractère antérieur; une méchanceté et une malignité excessives, par exemple,

» de grandeurs, de puissance, de richesse; ils sont actifs, pétulants, d'une loquacité intarissable, parlant sans cesse de leur félicité, etc. »

Ce tableau très fidèle ne peut plus être celui de la monomanie ; c'est le début de la paralysie générale. Nous ne voyons presque plus dans les asiles que des paralytiques au premier degré qui offrent ces caractères. J'ai montré ailleurs que ce tableau de la monomanie, tracé par Esquirol, a été exactement reproduit par Bayle quand il a voulu décrire la première période de la méningite chronique.

Nous pensons donc que les passions expansives, la joie, la gaieté folle, que M. Griesinger rattache, comme Esquirol, à la monomanie, appartiennent surtout au début de la paralysie générale, et, dans certains cas, à la période d'excitation de la folie à double forme. Nous aurons du reste plus d'une occasion de revenir sur ce sujet, à notre avis l'un des plus importants à étudier pour arriver à une bonne classification des maladies mentales. (B.)

peuvent persister des années pendant la durée de la maladie chez un homme qui antérieurement était bon et bienveillant, et son caractère ancien peut, après la guérison, se rétablir promptement et sans présenter aucune trace de la maladie.

§ 41. — Les anomalies du sentiment que nous avons décrites jusqu'ici doivent être considérées dans leur essence comme l'expression d'une irritabilité anomale du sentiment. Mais il peut se présenter aussi d'autres anomalies, depuis l'obtusion jusqu'à l'absence complète des sentiments. Dans ce cas, ou bien chaque pensée ne s'accompagne plus de ces changements dans les conditions de tension des complexus d'idées calmes du moi qui se produisent dans l'état normal; il ne se fait dans l'humeur en général aucun changement, ou bien il ne s'en fait que de très faibles, ou bien, et cela aussi est possible, ces modifications se produisent bien encore, mais chez l'individu elles ne passent plus à l'état de conscience et par cela même elles n'existent plus pour lui. Tout ce qui intéressait antérieurement son cœur lui devient alors indifférent, aucun sentiment nouveau ne peut plus le toucher vivement : participation et intérêt, douleur et plaisir, amour et haine, tous ces sentiments s'évanouissent et font place à l'apathie et à l'indifférence pour la plupart des choses qui sont en dehors de la satisfaction des besoins sensuels. L'intelligence peut être passablement conservée ; le plus souvent, cependant, il est facile d'y signaler un degré variable d'obtusion.

L'obtusion des sentiments est un état qu'au point de vue médico-légal, il est très important et souvent extrêmement difficile d'apprécier. On l'observe comme état morbide acquis principalement chez les onanistes et les buveurs d'eau-de-vie, et on la reconnaît comme telle surtout dans les cas où elle apparaît brusquement. Elle constitue un élément essentiel d'un très-grand nombre d'états de folie systématisée (voy. livre III), dans lesquels très ordinairement tout ce qui peut intéresser le malade, en dehors de ce qui concerne quelques conceptions délirantes et aussi son propre corps, semble éteint; il y a même de ces cas où l'obtusion des sentiments et l'apathie semblent être tout à fait la chose capitale. Dans un cas remarquable dont l'appréciation médico-légale avait été confiée à l'auteur, le crime — l'assassin avait tué ses trois enfants, — prenait uniquement sa source dans cette anomalie des sentiments; et à propos de ce genre de crime précisément, je ne saurais trop appeler l'attention des médecins légistes sur ces états où les malades ont encore toute leur raison.

B. *Anomalies de la pensée.*

§ 42. — Dans la sphère de la perception distincte, du jugement et du

sens, nous pouvons distinguer deux espèces d'abnormités faciles à reconnaître : d'un côté, un état morbide de l'intelligence sous le rapport de la forme, et de l'autre, une abnormité des idées sous le rapport de leur fonds (faux). Ces deux conditions se relient d'une façon très intime, en ce sens que certaines modifications formelles, par exemple une succession trop rapide, et une trop grande lenteur dans la marche des idées par le fait même des sentiments dont elles s'accompagnent nécessairement, provoquent à leur tour ou favorisent des complexus particuliers d'idées, par exemple l'exagération modérée de l'intelligence, par le fait de laquelle les associations d'idées se font avec une très grande facilité, s'accompagnent très souvent de faux jugements résultant du sentiment de liberté et de bien-être intellectuel.

a. *Anomalies dans la forme.*

Une lenteur exagérée de la pensée provient, soit d'une suppression provoquée par une douleur morale violente qui remplit entièrement la conscience et n'y laisse rien surgir à côté d'elle, soit d'un affaiblissement réel et en particulier de la perte de la mémoire. Dans l'un et l'autre cas, bien qu'ils diffèrent quant à leur fonds, on observe la pauvreté et l'uniformité de la pensée ; le cours des pensées semble parfois s'arrêter, l'individu répète pendant des heures entières quelques mots, quelques phrases, quelques mouvements, ce qui prouve la persistance de certaines pensées ; souvent on remarque des arrêts dans la parole, une grande incertitude d'enchaînement des idées et une timidité extrême dans le jugement. Cet état s'observe surtout dans la mélancolie et dans la démence.

Cette alternative insuffisante des idées est un élément très important de certaines maladies mentales. Le malade ne peut plus se délivrer de certaines idées, il ne peut plus s'en détacher, il est constamment exposé à leur présence fatigante et aux impulsions qu'elles déterminent. Il sent que peu à peu, et sans que sa résistance ait aucun résultat, ces idées s'emparent de son *moi* et entament l'unité de sa personne. Il se produit déjà quelque chose d'analogue dans les rêves où des idées pénibles, par leur retour constant, finissent par nous jeter dans le désespoir. L'insomnie est, — comme on peut s'en assurer par l'observation exacte, — assez souvent liée à la prédominance constante d'un certain cercle d'idées ; dès que ces idées se dissipent, le sommeil reparaît.

Une surexcitation et une accélération dans la marche des pensées peuvent faciliter à un degré modéré les combinaisons intellectuelles ; on voit quelquefois des individus même sans esprit devenir spirituels et railleurs ; ainsi on les voit trouver parfois les expressions heureuses d'une

moquerie fine au sujet des personnes qui les entourent, faire facilement des vers, etc. Cependant les aliénés disent peu de choses intéressantes. Car précisément dans ces états où il vient se présenter à l'imagination des matériaux plus abondants, on voit ordinairement survenir très vite le désordre et l'incohérence. Quand en particulier de grandes quantités d'idées surgissent dans le cerveau et que leur cours est accéléré, elles s'attirent par grandes séries, et souvent alors il se reproduit des images et des faits, des mots et des chansons oubliés depuis longtemps, etc., avec la fraîcheur de la première intuition : mais comme les idées se succèdent avec une telle rapidité qu'elles ne peuvent pas s'enchaîner entre elles d'une façon convenable; comme aussi, par suite de cette multiplicité des pensées, il se produit facilement un grand changement dans l'état des sentiments, il en résulte une agitation extrême et un tumulte incessant dans les idées. Toutes les idées sont emportées pêle-mêle dans ce torrent, et c'est un hasard si çà et là, dans ce tourbillon, les éléments viennent à se rencontrer pour constituer une idée baroque qui du moins est plus raisonnable encore que tout ce qui l'entoure.

Ces derniers états s'observent principalement dans la manie; au début, en particulier, on remarque souvent une plus grande vivacité intellectuelle, et l'on a vu des cas où c'était toujours un signe certain de l'imminence d'un accès de manie quand le malade devenait spirituel.

Du reste, l'incohérence des idées ne se produit pas seulement de la manière que nous avons indiquée, par un trop-plein de la conscience. Il y a aussi une incohérence dans les pensées et dans le langage, qui correspond aux ressauts de la pensée et au degré de l'émotion, par exemple de la colère, et une autre encore, qui résulte de l'abolition totale et de l'ébranlement profond du processus psychique. Le mécanisme psychologique de ces derniers états est encore très obscur dans ses détails; il semble que l'incohérence provient souvent de ce que les idées s'appellent moins par le sujet sur lequel elles roulent (analogues ou contrastantes), que par l'analogie extérieure de la consonnance des mots. Peut-être un défaut de simultanéité dans l'action des hémisphères a-t-il une certaine part dans l'incohérence. Au début des maladies mentales, alors qu'il y a de violentes oscillations dans la disposition des sentiments, l'incohérence est très fréquente, et ne constitue pas plus un signe fâcheux que dans le délire fébrile ou dans le rêve. Au contraire, l'incohérence qui ne se manifeste que longtemps après le début de la mélancolie et de la manie, ou au commencement de la folie systématisée, indique le passage de la maladie à un état d'affaiblissement incurable.

Deux exemples remarquables d'incohérence résultant d'un trouble transitoire du cerveau chez des sujets d'ailleurs bien portants ont été rapportés, avec une description très nette de la marche de l'affection, par

MM. Spalding et Gädike, dans Jessen, *Versuch einer wissenschaftlichen Begründung*, etc., 1855.

Pour ces états morbides de la pensée mentionnés dans ce paragraphe, nous trouvons beaucoup d'analogies physiologiques, d'une part dans la ténacité avec laquelle des idées désagréables peuvent nous poursuivre, dans la brièveté de la parole, dans l'intimidation du jugement par un événement fâcheux, ainsi dans ce que l'on appelle bouderie; et d'autre part dans la confusion des idées sous l'influence de la peur. Pour les états de la seconde série, nous trouvons des analogies dans le bavardage qui n'exprime pas réellement des idées, dans l'incohérence intérieure qui peut résulter de l'afflux simultané d'un grand nombre d'idées, quand elles ne présentent pas encore de points communs et qu'elles n'ont pas la même direction, ou encore dans l'incohérence des images de rêves.

§ 43. — Pour ce qui est de la mémoire en particulier, elle présente de très grandes différences chez les aliénés. Parfois elle est parfaitement fidèle, aussi bien pour les faits de la vie antérieure que pour ceux qui se sont passés pendant la maladie. Dans le paragraphe précédent, nous avons parlé d'une surexcitation morbide de la mémoire. Mais il est beaucoup plus fréquent d'y observer un affaiblissement sous différentes formes. Ainsi la démence se distingue par un affaiblissement de la mémoire qui fait que souvent les faits actuels eux-mêmes sont promptement oubliés, parfois d'un instant à l'autre, tandis que souvent on voit revenir des souvenirs de la vie antérieure qui peuvent donner matière à une conversation assez coordonnée. D'autres fois les faits de la vie antérieure sont ou bien effacés complétement de la mémoire (cela est rare), ou bien ils sont du moins reportés à une telle distance (cela est plus fréquent), ils sont devenus si vagues et si étrangers à l'individu, que c'est à peine s'il peut les reconnaître pour des faits qui lui sont arrivés à lui-même; quelquefois son existence propre, réelle, ne date pour lui que du jour de la maladie, et tout ce qui s'est passé avant, il le rapporte ou à une personnalité étrangère, ou du moins à un état antérieur tout autre, à une vie imaginaire. Cette aliénation de soi-même, cette déchéance complète de l'ancien *moi* ne dépend sans doute pas seulement du manque de mémoire, mais ordinairement elle est produite et rendue persistante par des anomalies spéciales de la sensibilité; mais la disparition de masses entières d'idées antérieures favorise d'une façon extraordinaire la production conséquente, interne, d'un tel délire (1).

L'individu qui a guéri de la folie se souvient ordinairement des événe-

(1) On en trouvera des exemples dans le paragraphe 49 et dans la *Folie systématisée*.

(*Note de l'auteur.*)

ments qui se sont passés pendant sa maladie, et peut souvent rapporter avec une fidélité et une précision surprenantes les plus petits incidents survenus dans le monde extérieur, et exposer dans tous leurs détails les motifs et la disposition d'esprit qui le dirigeaient alors. Il sait souvent aussi décrire chaque regard, chaque geste, chaque mot, chaque changement de la physionomie des personnes qui le visitent — circonstance qui, pour le dire en passant, inviterait tous ceux qui approchent les aliénés à toujours bien s'observer, à être justes et doux, si pareille recommandation n'était superflue ! — Ce phénomène s'observe en particulier chez les individus guéris de mélancolie et de manie peu intense, moins à la suite de la monomanie, dont le malade ordinairement conserve un souvenir beaucoup plus confus. Lorsqu'un malade guéri déclare ne plus rien se rappeler de tout ce qui s'est passé pendant sa folie, ce dire ne doit être accepté qu'avec réserve, parce que souvent la honte leur fait taire des souvenirs exacts.

Avec ces anomalies dans la forme des idées, il n'est pas rare de voir chez les aliénés des changements dans la parole et dans la manière de s'exprimer. Il y en a qui sont muets, parce que les idées s'arrêtent brusquement, ou parce que, bien qu'une foule d'idées se pressent dans leur cerveau, il ne se produit pas d'actions réflexes dans les appareils de la parole. D'autres sont poussés à parler sans cesse, leurs récits n'ont pas de fin, ou bien, sans que précisément ils racontent quelque chose à un auditeur, l'action réflexe se fait constamment dans les organes de la parole, et donne lieu à un bavardage incessant (logomanie proprement dite, le plus souvent avec incohérence). Souvent c'est plutôt la construction des phrases et la prononciation qui sont modifiées, elles sont plus ou moins coulantes ou saccadées, fragmentaires, affectées, etc. — Dans d'autres cas encore, et ce sont les plus intéressants, il se présente dans le langage des aliénés des mots nouveaux, inventés de toutes pièces, d'autres mots sont employés dans un sens inusité; bref le malade se fait une nouvelle langue. Il semble que parfois ici les mots qui existent ne suffisent pas pour un fonds tout à fait nouveau et étranger de sentiments et d'idées, et que, par conséquent, les malades en inventent d'autres, ou bien encore que, en présence de l'anomalie cérébrale, les images sonores conventionnelles (les mots) provoquent, mettent en jeu directement une autre idée (voy. § 17), ou souvent que les hallucinations de l'ouïe forcent le malade à de nouvelles combinaisons de syllabes, qu'il conserve et maintient ensuite (les rêves aussi donnent quelquefois lieu, de cette façon, à des mots nouveaux). Toutes ces modifications s'observent à un haut degré de développement, surtout dans la folie systématisée; elles sont plutôt passagères dans la manie.

Les modifications dans la manière de s'exprimer peuvent fournir tout de suite au médecin un peu exercé des données diagnostiques; les individus

qui simulent la folie ne les imitent que d'une façon très grossière. — V. Snell, *Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1852, t. IX, p. 11; W. Nasse, *ibid.*, 1853, t. X, p. 525; Martini, *ibid.*, 1856, t. XIII, p. 605; Brosius, *ibid.*, 1857, t. XIV, p. 37; Blandet, *Du délire phonétique* (*Gaz. médicale*, 1845).

b. *Anomalies dans le fond. Idées délirantes.*

§ 44. — La maladie mentale n'entraîne pas nécessairement l'existence de conceptions délirantes. Des modifications profondes dans la sphère du caractère et des sentiments, des dispositions d'esprit et des émotions morbides, l'obtusion du sentiment, le relâchement général ou partiel des forces intellectuelles, peuvent exister sous formes d'états psychiques morbides aigus ou chroniques, sans qu'il y ait de conceptions délirantes réelles. Une partie de ces cas peut toujours être comprise dans la catégorie de la folie affective (*moral insanity*). Mais l'expérience nous apprend cependant que dans l'immense majorité des cas de maladie mentale les choses n'en restent pas là, qu'il se produit des conceptions délirantes proprement dites, et qu'avec l'apparition de ces faux jugements qui ne peuvent plus être rectifiés, d'un délire réel, la maladie mentale, qui d'abord n'était qu'une folie des sentiments, une folie affective, devient aussi une folie de l'intelligence. La pression qu'exerce la désharmonie morbide amène promptement à mal saisir et à mal interpréter les circonstances objectives, mais, au début, seulement celles qui se rapportent au malade lui-même ou à son entourage immédiat. Le contenu faux des idées, c'est-à-dire qui n'est plus en harmonie avec le monde extérieur et les faits antérieurs de la vie, se traduit très ordinairement d'abord par ceci, que le malade, d'après le principe de causalité, cherche à s'expliquer ses dispositions d'esprit et ses émotions morbides. Les motifs et les événements extérieurs les plus divers, et tous les souvenirs possibles de sa propre vie peuvent lui fournir les matériaux les plus variés pour ces tentatives d'explication, et le hasard, le degré d'éducation et la manière dont il envisage la vie ont, à cet égard, la plus grande influence. La même disposition, par exemple, qui, chez le superstitieux, provoque l'idée d'ensorcellement, peut faire croire à un autre qu'il est poursuivi par des francs-maçons, qu'il est victime de manœuvres magnétiques mystérieuses. Toutes les hallucinations ont une influence toute particulière, aussi bien sur la production de ces idées délirantes en général que sur leur contenu spécial; elles sont si fréquentes, elles offrent au malade des sujets d'explications si puissants et souvent si constants, que, d'après notre expérience, nous devons trouver en elles une source ordinaire des conceptions délirantes (par exemple, un homme qui a des hallucinations

de la vue, qui a des fantasmes lumineux, se croit en enfer ; un autre qui a des hallucinations de l'odorat, se croit partout entouré de cadavres dont il se figure sentir l'odeur, et là-dessus il bâtit d'autres raisonnements, etc.).

Dans les idées délirantes, il y a aussi à noter principalement deux grandes différences quant à leur contenu : elles sont heureuses, élevées, brillantes, ou au contraire sombres, tristes et douloureuses. Les premières sont produites par les émotions expansives et par les hallucinations gaies et qui promettent le bonheur ; les dernières, par les dépressions des sentiments et par les hallucinations lugubres et menaçantes : par exemple, par des injures, des moqueries que le malade entend toujours, par des grimaces diaboliques qu'il voit, etc.

Les fausses idées et les faux raisonnements qui ont pour but une tentative d'explication, la justification de la disposition de l'esprit actuelle et de ses influences, se développent d'ordinaire spontanément dans l'âme malade, d'après la loi de causalité ; du côté de l'individu ces explications ne demandent pas de réflexion, encore moins ces raisonnements sont-ils construits d'après la forme fastidieuse du syllogisme. Au début, ces conceptions délirantes sont encore flottantes ; le *moi* les perçoit, il peut s'en effrayer, voir en elles des sottises qui l'importunent et dont il ne peut se débarrasser, il peut les combattre ; mais peu à peu, en se répétant constamment, elles prennent toujours plus de corps et de forme, elles repoussent les idées qui leur font opposition et contractent des liens avec les complexus d'idées analogues du *moi* ; alors elles sont devenues partie intégrante du *moi*, et le malade ne peut plus s'y soustraire que peu ou point, en passant à d'autres idées fausses analogues. Les conceptions délirantes favorables, gaies et heureuses, sont naturellement accueillies bien plus facilement et plus complétement dans le *moi*, qui se rend promptement à elles, après une courte résistance, et parfois alors on voit l'esprit s'abandonner à ces conceptions délirantes, et se plonger, avec une demi-conscience, dans un monde de rêves heureux.

Mais les idées fausses n'ont pas toutes ce même caractère de tentatives d'explication ; il y en a beaucoup qui surgissent accidentellement et à l'improviste comme les hallucinations ou comme ces pensées singulières et bizarres qui peuvent traverser le cerveau d'un homme bien portant au milieu même de ses occupations les plus sérieuses; souvent elles naissent simplement à la suite de phantasmes des sens, de rêves ou de circonstances accidentelles extérieures ; pour qu'elles prennent de la consistance, cela dépend de la disposition actuelle du malade et aussi des éléments plus ou moins considérables de liaison qu'elles trouvent avec les idées antérieures. En y apportant l'attention nécessaire, on verra que chez les aliénés beaucoup de ces idées délirantes sont liées

à des hallucinations qui ne se manifestent pas d'une manière très évidente.

Dans les premiers temps de la folie, où l'affection des sentiments est encore le fait capital, toutes sortes d'idées singulières commencent à passer par la tête du malade, elles s'enchevêtrent avec le cercle habituel de ses pensées, il ne peut ni s'en débarrasser ni les assimiler. D'abord flottantes et changeantes, elles prennent peu à peu un corps et une forme, mais les excitations du sentiment sont encore les motifs qui les font persister ou disparaître. A mesure que les oscillations dans la disposition du sentiment vont cessant, et que certaines conceptions délirantes vont toujours s'enracinant de plus en plus, tout le reste de la vie psychique se groupe davantage autour de ces idées, et se transforme dans leur sens, c'est-à-dire le délire devient systématisé. C'est encore là une période intellectuelle active; la transformation de toute la conscience se fait encore en partie avec la complicité active du *moi*, avec un travail raisonné. Ce n'est aussi que lorsque ce travail, qui se fait toujours lentement, est progressivement arrivé à se compléter, qu'apparaît la période tout à fait stationnaire, dans laquelle les conceptions délirantes fixées d'une manière définitive, existent exclusivement comme résidu de la période d'activité antérieure.

On ne doit parler « d'idées fixes » que là où les faux jugements se sont fixés d'une manière complète et persistante, c'est-à-dire dans la folie systématisée. Dans la mélancolie, la manie, la monomanie, ils changent très souvent. Tous les faux jugements des aliénés se distinguent par ceci, qu'ils se rapportent au sujet lui-même, ou que du moins ils se sont développés à la suite de fausses idées relatives au sujet ; c'est là ce qui les distingue, sinon complétement, au moins en grande partie, des erreurs que, dans l'état de santé, on peut commettre sur des relations objectives. Un aliéné peut, par exemple, regarder tous les juifs comme damnés, mais seulement parce qu'il croit qu'ils lui ont fait du tort, ou parce qu'il leur a infligé ce châtiment; il peut croire à l'existence d'un pont allant de la terre à la lune, mais uniquement parce qu'il veut passer sur ce pont ou bien qu'il a voulu, en le construisant, donner une preuve de sa puissance créatrice, etc. Presque toutes les idées fixes sont en dernière analyse l'expression d'un tort ou d'une satisfaction éprouvés dans les choses qui intéressent les sentiments affectifs ; aussi quand on les considère isolément, comme si elles étaient le fait capital dans la folie, arrive-t-on toujours à restreindre la question et à n'en voir qu'un seul côté, et l'on ne peut bien les comprendre et leur opposer un traitement médical convenable dans chaque cas en particulier, qu'en s'appuyant sur les états psychiques qui leur ont donné naissance.

Les conceptions délirantes des aliénés se distinguent des idées fausses

des individus en état de santé, non-seulement par cette circonstance déjà signalée qu'elles se rapportent au sujet malade lui-même, mais encore par une foule d'autres points essentiels. Elles sont toujours liées à un trouble de l'ensemble des phénomènes psychiques (émotions, incohérence, etc.), soit qu'elles proviennent de ce trouble même (ordinairement dans les périodes initiales), soit, au contraire, qu'elles lui donnent naissance ; elles sont très souvent en opposition complète avec les opinions antérieures de l'individu : celui-ci ne peut pas s'en défaire à sa volonté, mais elles résistent « au témoignage des sens et de l'intelligence », à la rectification et à la démonstration, et sont par conséquent dans un rapport tout autre avec le sentiment et la volonté ; elles sont dues à un dérangement cérébral qui se manifeste très souvent aussi par d'autres symptômes nerveux morbides (troubles du sommeil, hallucinations, phénomènes paralytiques, etc.). On voit facilement par là combien est superficielle et fausse au fond la comparaison que l'on a voulu établir entre les erreurs, « le délire » de certaines époques tout entières (croyance aux sorciers, aux enchanteurs, etc.) et les maladies mentales.

Il y a encore une circonstance qui a beaucoup d'influence sur le fond spécial du délire, et à laquelle on n'a fait jusqu'ici que peu d'attention. C'est que souvent ce fond du délire est principalement déterminé par les dernières séries d'idées qui ont vivement occupé le malade immédiatement avant l'explosion de la folie. Si ensuite elles sont sans cesse répétées par le malade, on croit souvent et fort à tort que ce sont elles qui ont rendu l'individu aliéné, tandis que dans le fait elles peuvent être tout à fait ou à peu près accidentelles.

En 1848, époque à laquelle tout le monde faisait de la politique, on croyait qu'une foule de malades étaient devenus fous par le fait de la politique. M. Flemming (*Psychosen*, p. 158) rapporte deux exemples d'individus qui, peu de temps avant l'explosion de la folie, s'étaient beaucoup adonnés à la chasse, et chez qui le délire roula longtemps sur des aventures de chasse ; un autre avait lu peu de temps avant de tomber malade la relation d'un voyage dans l'Himalaya, et c'est sur ce sujet que roulait principalement son délire. Nous voyons la même chose se produire dans les délires aigus. Un malade que j'ai observé dans le cours d'une fièvre typhoïde s'était beaucoup occupé, dans les derniers moments avant sa maladie, de lire les journaux qui parlaient de la guerre de Crimée ; le délire qu'il eut pendant sa fièvre typhoïde ne roula pas sur d'autre sujet que cette guerre.

§ 45. — Que le malade n'ait qu'un petit nombre ou au contraire un très grand nombre d'idées fausses, que son délire soit partiel ou général, cela doit être pris en considération dans l'appréciation de son état, et cela peut du moins avoir une certaine valeur diagnostique, parce que le

premier cas s'observe plus fréquemment chez les mélancoliques et les déments partiels, et le second chez les maniaques. Mais ce serait une erreur de vouloir baser une division des formes mentales uniquement sur la partialité ou la généralité du délire. Surtout il serait foncièrement faux de croire à l'existence d'états de folie dans lesquels le malade n'aurait qu'une seule idée fixe limitée, et serait complétement sain d'esprit sous tous les autres rapports. Nous verrons plus tard que, même dans la forme de la folie où cette apparence pourrait encore plutôt exister, c'est-à-dire dans la folie systématisée, il y a toujours un ébranlement interne profond de l'individualité psychique. C'est que, ce qui fait très ordinairement la partialité du délire, ce n'est pas que le malade n'a qu'une seule idée fixe, mais plutôt qu'il exprime toujours de préférence une seule et même idée. Enfin ces rapports sont très inconstants. Le même malade, dans la même forme de folie, peut non-seulement changer d'idées délirantes d'un jour à l'autre, mais encore porter aujourd'hui de faux jugements sur une foule de points, tandis que peut-être hier encore il ne délirait que sur une seule idée favorite habituelle.

L'établissement d'une classe de monomanie (par opposition à la manie), qui d'ailleurs se rapportait moins à l'existence d'une idée fixe unique, qu'à la domination exclusive d'un certain penchant (monomanie du meurtre, du vol, etc.), en laissant de côté la condition la plus importante, c'est-à-dire l'état psychique fondamental, a réuni des choses séparées par leurs signes extérieurs, et séparé des choses intimement unies, ce que l'on ne saurait approuver.

Originairement établie par Esquirol, d'ailleurs d'une importance toujours beaucoup plus grande sous le rapport médico-légal que pathologique, cette théorie est actuellement même en France en voie de décomposition complète. MM. Bariod (*Études critiques sur les monomanies*, 1852), Morel, Falret (*Archives générales*, 1854, août), en partie aussi MM. Brierre de Boismont et Delasiauve, se sont principalement élevés contre elle; ce dernier a d'ailleurs tout récemment repris l'étude des monomanies dans un sens un peu différent (*Des pseudo-monomanies, ou folies partielles diffuses*, Paris, 1859), et peut-être n'y a-t-il pas un seul des aliénistes français qui leur conserve toute leur signification primitive (1). On peut consulter à ce sujet la discussion de la Société

(1) Il est bien vrai que la question de la monomanie n'est plus tout à fait envisagée aujourd'hui comme l'envisageait Esquirol. Il suffit de rappeler que pour lui cette forme de la folie était caractérisée par les passions gaies et expansives. Or, je l'ai déjà dit dans une précédente note, l'étude des premiers degrés de la paralysie générale ne permet plus de soutenir cette doctrine. Cependant je dois faire remarquer qu'Esquirol n'a pas seulement désigné sous le nom de monomaniaques

médico-psychologique de Paris (*Annales méd.-psych.*, 1854, t. VI); voy. aussi Monti, *Œstreich. Jahrb.*, 1843, octobre.

Le délire partiel, l'état de domination par une seule idée délirante qui est devenue le centre de toute la pensée, a beaucoup d'analogie avec la domination exclusive d'un certain cercle d'idées dans l'état de santé, tantôt avec un entêtement opiniâtre pour une certaine théorie, qui est devenue pour cet homme la chose de sa personnalité propre, tantôt plus fréquemment avec la domination de certaines passions, par exemple de l'amour, de la jalousie, de l'orgueil, de l'avidité des plaisirs, de l'avarice, etc., qui, à leurs degrés élevés, quand elles chassent de l'âme tout autre sentiment, ruinent également la vie intellectuelle, et dont plusieurs même dans leur manifestation, par exemple la distraction extérieure alors qu'il y a concentration intérieure, l'affectation et le plaisir de l'ostentation, ont de nombreuses analogies avec les formes correspondantes de la folie.

C. *Anomalies de la volonté.*

§ 46. — De son côté la face motrice de la vie de l'âme présente aussi chez les aliénés des modifications profondes et multiples de l'état de santé moyenne, aussi bien dans cette sphère intérieure dans laquelle la perception distincte se transforme en volonté consciente, que dans celle où

des malades atteints d'un délire partiel gai et expansif. On sait en effet qu'il a décrit une monomanie *incendiaire*, une monomanie *homicide*, une monomanie d'*ivresse*, etc.; les malades atteints de monomanie *raisonnante* eux-mêmes ne sont rien moins que gais. Les progrès de la science ont donc nécessité des modifications dans la doctrine d'Esquirol, mais il ne faudrait pas en conclure que la doctrine elle-même est abandonnée. Personne ne nie qu'il n'y ait des cas nombreux de délire partiel très limité dans lesquels l'intelligence des malades fonctionne normalement en dehors des points qui se rattachent aux idées fixes. Or ces cas sont tout à fait distincts de la manie et de la mélancolie avec dépression.

Quant aux objections que certains auteurs ont élevées, elles me semblent porter bien plus sur les mots que sur les faits. C'est ce qu'a surtout prouvé l'un des médecins français les plus distingués, dans un ouvrage remarquable et trop peu connu. M. Renaudin, dans ses *Études psychologiques sur la folie*, n'a pas eu de peine à prouver que l'opposition de M. Falret en particulier reposait sur une question de mots, « et qu'en rejetant la monomanie comme une erreur *grammaticale*, il l'admet comme une réalité médicale sous le nom d'aliénation partielle » expansive. »

C'est ce que j'ai moi-même essayé de démontrer dans une discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine (1855). Je me borne à le rappeler ici, me réservant de traiter cette question à propos de la classification. (B.)

une tendance vague, mais qui n'en a pas pour cela moins de force (penchant), est éveillée par des impressions sensitives et par des émotions vagues.

Dans la première catégorie, nous trouvons comme extrêmes opposés l'absence de volonté et la surexcitation jusqu'à l'exagération illimitée de la volonté. L'affaiblissement de cette faculté peut provenir de l'impossibilité de prendre une résolution, et cette dernière peut avoir sa source dans la lenteur de l'intelligence, ou dans le manque d'un moi suffisamment énergique pour amener jusqu'à l'effort, à l'aide de ses complexus d'idées, une idée flottante, ou bien dans un défaut d'action réflexe des idées sur la face motrice de l'âme. Ces états se manifestent sous forme de passivité et d'apathie, ou encore d'hésitation extrême, d'irrésolution, d'impossibilité de mettre en œuvre les impulsions ordinaires de la volonté, par exemple, pour les occupations habituelles; et ils sont très fréquents dans les premières périodes mélancoliques de la folie. D'un autre côté, l'absence de volonté (dans la démence) naît de l'absence d'idées claires en général ; avec la pensée, la volonté s'éteint également.

L'exagération de la volonté se manifeste par un désir ardent, un besoin d'agir, la manie de faire des plans, de réaliser toutes les idées en des efforts, des caprices impérieux, des désirs violents, emportés, dans des directions déterminées, analogues aux actes de la volonté conséquents et énergiques dictés par la passion. Cette exagération se montre, — sous le premier rapport, — ou comme l'expression fréquente de velléités faibles, ou bien elle est réellement fondée sur un sentiment de surexcitation des forces physiques et morales, sur une vigueur plus grande et sur une surexcitation morbide du sentiment de soi-même. Ces derniers états s'observent d'une manière toute spéciale dans la forme de la monomanie.

Mais en général les mouvements morbides du sentiment amènent toujours avec eux un état correspondant de l'effort, et celui-ci est d'autant plus clair et précis, il y a d'autant plus état morbide proprement dit de la volonté, que les émotions et les hallucinations ont provoqué des conceptions délirantes plus distinctes.

L'activité réflexe de la moelle épinière est exagérée d'une façon morbide par certaines influences (par exemple, par la strychnine), ou au contraire diminuée; il en est de même pour le cerveau. Un exemple d'affaiblissement général de l'activité réflexe cérébrale, que nous trouvons dans diverses maladies aiguës (souvent dans la fièvre typhoïde), et presque sous la même forme dans certains états de mélancolie et de démence et dans ce que l'on nomme l'extase, se présente à nous dans l'état désigné sous le nom de *stupeur*. — Il doit y avoir des cas d'affaiblissement partiel, mais quant à présent ces cas sont difficiles à circonscrire et à signaler. — L'exagération la plus manifeste des actions réflexes

se montre dans beaucoup d'états de surexcitation. — Il est d'ailleurs possible que cette excitation dépende d'un état cérébral dans lequel la dispersion des impressions (sur un autre point) est précisément empêchée, interrompue. Dans la moelle épinière nous voyons que quand on interrompt par une section transversale l'appareil de transmission centrale, les actions réflexes deviennent plus fortes dans les parties situées au-dessous du point de section.

Un travail de M. Leubuscher (*Zeitschr. für Psych.*, 1847, t. IV) traite de l'*aboulie* (absence de volonté).

§ 47. — Parmi les penchants morbides, nous avons d'abord à signaler le penchant violent à l'exercice musculaire, au mouvement du corps en général, comme il se manifeste dans les états de manie en particulier sous forme d'un besoin incessant d'agitation, de marcher de côté et d'autre, de frapper autour de soi, de crier, etc., — état qui conduit assez souvent le malade à abîmer et à détruire tout ce qui l'entoure sans qu'il ait précisément l'intention de le faire. Le malade cherche et trouve un soulagement à son oppression intérieure et à l'importunité de ses sentiments, en les projetant au dehors (voy. § 25) ; il faut ranger sous ce chef les états dans lesquels un sentiment violent d'inquiétude ou quelques idées effrayantes poussent le malade à commettre certains méfaits déterminés. Cette impulsion vers une fin quelconque, vers une solution quelconque de son état plein de tourment est si forte, qu'il n'est pas rare de voir le malade commettre alors des actes qui lui répugnent au plus haut degré, par suite de ce sentiment que ces actes seuls pourront lui procurer la délivrance et la tranquillité. Cependant si l'on examine de près, comme on le doit, les quelques cas que l'on a publiés, dans lesquels des aliénés ont manifesté leur folie par des actes dangereux et criminels (meurtre, suicide, incendie, vol), sous le rapport de leurs causes, la grande différence de leurs motifs psychologiques saute aux yeux ; on sent aussitôt combien il est insuffisant de diviser ces faits, d'après le genre des actes commis, en un penchant spécial au meurtre, à l'incendie, au suicide, etc., ou de les considérer comme de simples « maladies de la volonté » (monomanie dans le sens de lésion d'une des facultés de l'âme, de la volonté), et combien il est nécessaire de les apprécier séparément d'après les états psychiques morbides fondamentaux qui leur donnent naissance. Ainsi les différentes directions de la volonté de ce genre rentrent dans les motifs soit de la mélancolie, soit de la manie, soit de la folie systématisée, et nous aurons à y revenir dans l'étude spéciale de ces différentes formes mentales.

Dans ces tendances à faire le mal, à déchirer les vêtements, à briser les meubles, à cacher des objets de valeur, à voler, etc., comme aussi à commettre une foule d'autres actes bizarres dans lesquels la méchanceté

n'est pour rien (par exemple, de toujours se déshabiller), les malades sont poussés tantôt seulement par un besoin général de tout gâter, de passer leur mauvaise humeur de *décharger leur bile*, tantôt par des motifs dont ils ont conscience, et ce n'est que très rarement que ces actes doivent être regardés comme purement automatiques. Ce sont ou des hallucinations qui les y poussent, ou bien c'est l'effort qu'ils font pour se procurer par des actes violents, hardis, l'apaisement de leur anxiété interne, ou enfin ce sont des idées délirantes proprement dites. Zeller (*Bemerkungen zu Guislain*, p. 490) rapporte un certain nombre de cas de ce genre, avec les motifs allégués par les malades. « Un de nos malades brisait toutes les vitres qu'il pouvait atteindre, et cela avec le plus grand calme et le plus grand sang-froid, afin d'avoir du verre pour boucher des trous de souris ; un autre, c'était pour profiter de l'occasion qu'il avait de frapper de la monnaie à cœur joie. Un autre déchirait tranquillement toutes ses chemises pour rassembler de la charpie pour les hôpitaux militaires ; un autre soulevait le poêle pour allumer sa pipe, puis il le remettait en place tout à son aise, etc. Il y en avait un qui avait brisé une quantité de chaises, et lorsque je lui demandai comment il pouvait faire de pareilles sottises, il me répondit en continuant tranquillement son occupation et sans lever les yeux, que la philosophie doit remporter la victoire sur l'esthétique. » — Toutefois, en pareil cas, il ne faut pas trop croire les malades, qui souvent sont très dissimulés dans l'explication de leurs motifs réels, et un certain nombre de ces faits rappellent la scène de Shakespear, dans laquelle Falstaff, gêné par des questions, s'en tient toujours à cette réponse : « en habits..... »

La question de savoir si chez les aliénés certaines directions de la volonté et certains penchants, en particulier ceux qui ont amené les individus à des actes criminels, sont irrésistibles, et jusqu'à quel point ils le sont, cette question, dis-je, ne peut presque jamais être résolue d'une manière certaine. Chez les aliénés il y a très peu d'actes qui aient le caractère de mouvements forcés, purement automatiques ; même dans la manie, — à ce que nous disent les individus guéris, — ils auraient pu retenir en grande partie leurs penchants sauvages ; les actes criminels des aliénés n'ont pas non plus ordinairement le caractère d'un penchant irrésistible. —La suppression de la liberté (et si l'on veut, la non-imputabilité) chez eux ne dépend donc que rarement de ce qu'il leur était impossible de s'empêcher de faire l'acte qu'ils ont commis, de ce que les conditions formelles de la volonté auraient été complétement suspendues ; les motifs de la suppression de la liberté résident le plus souvent dans une sphère tout autre, ils proviennent de la violente surexcitation des sentiments ou de l'incohérence, d'un raisonnement faux résultant de conceptions déli-

rantes, d'hallucinations, etc., et des circonstances que nous avons étudiées plus haut (§ 27).

Dans les actes criminels des aliénés il y a une chose qui mérite l'attention la plus exacte, c'est de savoir si le malade présentait même déjà en bonne santé une disposition analogue (par exemple au vol), disposition qui maintenant, en l'absence de toute réflexion, se montre à découvert, ou si ce penchant n'existant que depuis la maladie et disparaissant ensuite avec la guérison, provenait réellement d'un état morbide des sentiments et des idées délirantes. — Voyez Jakobi, *Sur la manie du vol*, in *Jakobi und Nasses Zeitschr.*, 1837; Hoffmann, *Sur la manie du vol* (*Guensburg. Zeitschr.*, I., p. 299.)

De la manifestation de ces penchants, de l'apparition libre de ces tendances qui ordinairement sont cachées, on peut déduire en très grande partie la bizarrerie que présente la conduite de la plupart des aliénés. Ces faits ont leurs analogues dans l'état normal, soit dans ces habitudes singulières et dans ces actes capricieux et distraits que l'on observe parfois comme un appendice curieux chez des intelligences qui sont toujours vivement occupées intérieurement (et qui donne matière à diverses anecdotes sur des savants), soit aussi dans les directions de la volonté et dans la manière d'agir que l'on observe dans la passion et dans l'émotion. Dans chacun de ces actes il y a matière à d'innombrables comparaisons et l'on trouve chez les poëtes qui ont pris pour sujet les états émotionnels de l'homme, une foule d'analogies qui pourraient servir d'exemples. Quand le mélancolique a, par exemple, un penchant à sortir et à flâner à l'air libre, parce que sa maison lui paraît trop étroite, et qu'il espère trouver dans l'agitation et le mouvement du dehors un soulagement à son état de douleur intérieure, la même chose a lieu dans la douleur morale réelle, dans laquelle l'individu est poussé à sortir de chez lui, à faire de longs voyages, à aller dans le monde, pour rétablir son calme intérieur dans l'agitation extérieure et dans ses courses vagabondes. Eichendorff a très bien exprimé cette disposition d'esprit dans une chanson très connue (dans ces vers : « Je voudrais errer comme un musicien ambulant, m'élancer comme un cavalier ! » etc.).

CHAPITRE II.

DES TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DE LA SENSIBILITÉ.

§ 48. — Parmi les anomalies de la sensibilité si significatives dans la folie, nous avons tout d'abord à nous occuper de la manière différente dont se comporte le sentiment général de maladie. Dans la grande majorité des cas ce sentiment manque complétement chez les aliénés, aussi la plupart d'entre eux affirment-ils ne pas être malades, et protestent-ils souvent contre tout traitement médical. De plus, il y a certains cas de maladie mentale grave où, au lieu du sentiment de maladie, on observe plutôt un sentiment de bien-être exagéré, d'augmentation des forces physiques; ces malades (maniaques) s'irritent et se fâchent souvent quand on a l'air de douter de leur état de parfaite santé, et ils se basent volontiers sur leur appétit excellent — que la maladie exagère — pour prouver qu'ils se portent très bien. — Ce manque de sentiment de maladie s'observe dans une foule d'affections cérébrales, quelquefois après les blessures de la tête, et très souvent dans la méningite aigüe et la fièvre typhoïde à forme cérébrale. Quand, au *summum* de la maladie, on interroge ces individus, ils répondent généralement qu'ils vont tout à fait bien, quelquefois même ils assurent que l'on se tromperait très fort en les croyant malades, tandis qu'ensuite, lorsque le danger est passé et qu'il y a une diminution générale des symptômes, on voit apparaître un profond sentiment de maladie, un abattement et un affaissement considérables. La même chose s'observe très-généralement aussi dans la convalescence de ces formes mentales.

Il y a au contraire d'autres états de folie où non-seulement ce sentiment de maladie ne manque pas, mais il revêt une intensité tout à fait inusitée, relativement aux symptômes objectifs. Ce sentiment amène le malade à se tromper sur l'historique objectif de son état de santé physique, et il délire en se figurant qu'il a une maladie grave. Un sentiment démesurément fort ou persistant de maladie constitue un des éléments des états d'hypochondrie, et ce qui caractérise ces états, c'est qu'ordinairement les choses ne se borneut pas à l'impression générale d'un malaise physique, mais que l'attention des individus, se portant successivement sur divers organes, éveille dans chacun d'eux des sensations désagréables. Nous trouvons un état identique des centres nerveux, d'une manière aigüe, dans les périodes initiales de la plupart des fièvres graves, avec cette seule différence qu'ici l'attention n'a pas le temps de se fixer, et que bientôt le sentiment de maladie est justifié par des symptômes objectifs graves.

§ 49. — Il y a encore une foule d'autres anomalies de la sensibilité générale. D'un côté, ces modifications étendues de la sensation de son propre corps qui accompagnent ordinairement une aliénation mentale profonde, et qui font que les malades se figurent que leur personne est changée ; ils croient qu'ils ont abandonné leur personnalité antérieure et qu'ils sont changés tantôt en animaux (loups, bœufs, etc.), tantôt en des personnages historiques (Napoléon) ; ou bien que tout leur corps est mort, ou que c'est un autre corps, qui n'est pas réellement à eux, ou enfin qu'il est composé de substances inanimées, de bois, de verre, de cire, de beurre, etc. D'autres fois seulement leur corps entier leur semble extraordinairement lourd ou avoir acquis un volume énorme, etc.

Quelquefois ces anomalies de la sensibilité générale sont locales, bornées à certaines parties de l'organisme ; il semble au malade que quelques-uns de ses membres lui manquent, ou du moins ne font plus partie de l'organisme de la même manière qu'autrefois ; il lui semble qu'il n'a plus de tête, qu'un bras ou une jambe est de pierre, ou de verre, etc. Ou bien il sent une partie de son corps extraordinairement grosse, et en particulier, dans certains cas, c'était le nez qui était l'objet de cette illusion.

On observe aussi, mais plus passagèrement, chez les aliénés, des sensations que nous connaissons presque tous pour les avoir éprouvées en rêvant dans l'état de santé même, comme de s'élever dans les airs, de se précipiter d'un lieu élevé, ou bien un état général de vertige, ou même parfois une véritable *aura* précédant l'accès, comme cela se voit avant les attaques d'épilepsie.

Le siége et les causes prochaines de ces anomalies de la sensibilité générale sont difficiles à comprendre. Dans quelques cas, il est vrai, elles sont liées, par exemple la sensation de l'absence d'une partie du corps, à une anesthésie que l'on peut constater, ou plus souvent encore à une analgésie de cet organe; mais d'autres fois la sensibilité périphérique de la surface cutanée, et peut-être bien aussi la sensibilité à la douleur, sont complétement conservées, et il peut se faire que certaines modifications obscures de la sensibilité musculaire, qui paraissent également jouer un grand rôle dans l'état de rêve ordinaire, soient le trouble primitif dont la réflexion s'empare alors pour donner naissance à des conceptions délirantes. La transformation en animaux paraît avoir bien plutôt une origine psychique, et la base de ce délire peut provenir de l'apparition soudaine et impérieuse de certains penchants et de certaines particularités propres à quelques espèces animales, par exemple de la cruauté et de la férocité du loup ; mais dans ces cas même, pour que cette idée de métamorphose arrive à un développement complet, il faut

toujours qu'il y ait une modification profonde de la sensibilité générale normale du corps.

M. Leuret (*Fragments psychol. sur la folie*, Paris, 1831) a réuni d'une façon intéressante quelques cas anciens de ce genre que l'on appelait la *lycanthropie* (loups-garous), et quelques faits récents d'aliénés errants dans les bois, tuant et brûlant des enfants avec une férocité inouïe. Wier nous a transmis un épouvantable exemple de ce genre de folie (*De præstigiis dæmonum*, et Leuret, *loc. cit.*, p. 107) : « En 1541, à Padoue, » un homme qui se croyait changé en loup, courait la campagne, attaquant » et mettant à mort ceux qu'il rencontrait. Après bien des difficultés, on » parvint à s'emparer de lui. Il dit en confidence à ceux qui l'arrêtèrent : » Je suis vraiment un loup, et si ma peau ne paraît pas être celle d'un » loup, c'est parce qu'elle est retournée et que les poils sont en dedans. » Pour s'assurer du fait, on coupa ce malheureux aux différentes parties » du corps ; on lui emporta les bras et les jambes. Alors, ne trouvant pas » ce que l'on cherchait, et croyant à son innocence, on le remit à un » chirurgien qui, malgré ses soins, ne put l'empêcher de succomber aux » suites des blessures que lui avaient faites des hommes plus cruels que » de véritables loups. »

Les faits d'aliénés se croyant morts et ne reconnaissant pas leur corps comme leur appartenant, sont nombreux. Esquirol parle d'une femme qui croyait que le diable avait emporté son corps : la surface de la peau était complétement insensible. Il en était de même dans le fait suivant de M. Foville. Un soldat se croyait mort depuis la bataille d'Austerlitz, où il avait été grièvement blessé. Quand on lui demandait des nouvelles de sa santé, il répondait : « Vous voulez savoir comment va le père Lambert ? Mais il n'y a plus de père Lambert, un boulet de canon l'a emporté à Austerlitz ; ce que vous voyez là n'est pas lui, c'est une mauvaise machine qu'ils ont faite à sa ressemblance : vous devriez les prier d'en faire une autre. » En parlant de lui-même, il ne disait jamais *moi*, mais toujours *cela*. La peau était insensible, et souvent il tombait dans un état complet d'immobilité et d'insensibilité qui durait plusieurs jours.

Un jeune épileptique, dont parle M. Bottex (*Essai sur les hallucinations*, Lyon, 1836), qui avait aussi de nombreuses hallucinations de l'odorat et du goût, sentait parfois son corps entier si extraordinairement lourd, qu'à peine il pouvait se soulever ; d'autres fois il se sentait tellement léger, qu'il croyait ne pas toucher le sol et voler ; quelquefois il lui semblait que son corps et ses membres avaient pris un tel volume, qu'il croyait ne pas pouvoir passer par une porte.

Ces états ont des analogues dans les maladies aiguës. Un médecin de mes amis m'a raconté bien des fois que, quand il avait une affection fé-

brûle même très légère, il lui semblait toujours que tous ses membres avaient considérablement augmenté de volume.

Un homme, convalescent d'une fièvre, se croyait formé de deux individus dont l'un était au lit, tandis que l'autre se promenait; quoiqu'il n'eût pas d'appétit, il mangeait beaucoup, parce que, disait-il, il avait deux corps à nourrir. (Leuret, *loc. cit.*, p. 95.)

On a vu quelquefois des individus atteints de paralysie de la sensibilité d'une moitié du corps, se figurer qu'il y avait à côté d'eux, dans leur lit, une autre personne ou même un cadavre (Bouillaud, *Traité de l'encéphalite*, Paris, 1825). Ces faux jugements rentrent déjà dans les *illusions*, dont nous nous occuperons bientôt. On en trouvera d'autres exemples au § 61.

La sensation de voler en rêvant paraît devoir être attribuée à une accélération des mouvements inspiratoires; l'idée de précipitation d'un lieu élevé, à une gêne de ces mouvements (Gratiolet).

Toujours est-il que toutes les altérations profondes de la sensibilité générale constituent les éléments les plus importants des maladies mentales. Quand cette base générale de toutes les sensations corporelles est faussée, les conceptions délirantes correspondantes surviennent avec une facilité extrême; aussi faut-il apporter un soin tout particulier dans la recherche de ces anomalies, parce qu'elles peuvent quelquefois fournir des indications pour la thérapeutique.

§ 50. — Occupons-nous maintenant en particulier des anesthésies chez les aliénés. La diminution ou la suppression totale de la sensibilité de la peau aux impressions de la température et à la douleur n'est pas très fréquente, encore moins est-elle un fait général chez les fous (1). — On trouvera au contraire chez quelques-uns une sensibilité exagérée à la douleur (Esquirol en rapporte un exemple), et l'on remarquera dans les asiles d'aliénés, en hiver, combien, à de rares exceptions près, les malades recherchent toujours la chaleur. Cependant on voit des cas d'anesthésie passagère et persistante de la peau (comme nous en avons déjà signalé

(1) Cette diminution de la sensibilité de la peau est assez souvent un symptôme précurseur de la paralysie générale. Ce symptôme peut servir, avec le caractère de l'agitation, la nature du délire, l'état des pupilles, etc., à faire prévoir cette maladie chez les maniaques. M. de Crozant a publié sur ce sujet un curieux mémoire dans la *Revue médicale* (1846). J'observe dans ce moment une insensibilité complète de la peau chez une *monomaniaque;* mais cette malade a des idées de grandeurs, elle croit être la fille de Napoléon, et en outre elle a complétement oublié tout ce qui a précédé son entrée à l'hospice, ce qui me fait soupçonner qu'elle a eu quelque accident congestif. Dans tous les cas de ce genre, l'anesthésie est un signe assez important pour le pronostic, puisqu'il aide à séparer les malades *menacés de paralysie générale* de ceux qui n'ont rien à craindre de cette fâcheuse complication. (B.)

quelques exemples dans le paragraphe précédent) et d'analgésie, le plus souvent dans la mélancolie et la démence, souvent aussi, mais plus localisées, dans l'hystérie ; et l'on ne devra jamais négliger de rechercher exactement quel est l'état de la sensibilité cutanée dans les différentes parties du corps.

M. Rochoux (séance de l'Académie de médecine, décembre 1840) a rapporté un événement épouvantable survenu par le fait de l'anesthésie du malade. Un aliéné à Bicêtre, étant seul dans une chambre, mit sa tête sur le fer rougi du poêle et ses bras au milieu même du foyer. Ce ne fut qu'attiré par l'horrible odeur, qu'il vint du monde ; le malade avait l'air tout à fait indifférent et ne donnait absolument aucun signe de douleur, bien que ses bras fussent brûlés jusqu'aux os (1).

Dans le *Zeitschrift für Psychiatrie* (XI, 1854), se trouve le fait d'un mélancolique qui se brûla volontairement ; il conservait son air de gaieté parfaite, bien que ses jambes, ses cuisses et ses fesses fussent brûlées jusqu'aux os, qui étaient eux-mêmes calcinés. — Un malade de Bedlam, dont parle Morison, plaça le derrière de sa tête sur le feu, jusqu'à ce que la plus grande partie des enveloppes du crâne fussent brûlées ; les pariétaux s'exfolièrent presque complétement, mais le malade guérit. — M. Michéa (*Gazette hebdomadaire*, 1856) rapporte un certain nombre de faits dans lesquels des mélancoliques subirent sans aucune douleur diverses mutilations (analgésie), et il est très intéressant que ce même état s'observe souvent aussi dans le délire traumatique (nerveux), dans lequel les malades déchirent les pièces de leur pansement et se servent d'un membre cassé (Dupuytren, Klose, etc.).

M. Snell (*Zeitschr. für Psych.*, X, 1853) a trouvé sur 180 malades, 18 cas d'anesthésie complète de la peau (?) ; chez 6 autres la sensibilité à la douleur était considérablement diminuée ; l'anesthésie existait dans des états de surexcitation et de dépression mentale, tous états dans lesquels il n'y avait que très peu d'espoir de guérison. — Un fait très remarquable est celui rapporté par M. Renaudin (Moreau, *Psychologie morbide*, p. 313). Il s'agit d'un jeune homme qui s'était toujours bien conduit et qui tout à coup montra les plus mauvais penchants et la conduite la plus déplorable. Il n'était pas du tout aliéné, mais la peau dans

(1) Il y a dix-huit mois environ, j'ai vu à la Salpêtrière une mélancolique qui, en sortant du bain, se plongea tout à coup la tête dans le fourneau de la chaudière. Quelque hâte qu'on mît à la retirer, on ne put le faire assez vite pour empêcher une brûlure profonde de tout le cuir chevelu et de la joue droite. La malade ne proféra aucune plainte et ne paraissait éprouver aucune douleur. La sensibilité ne revint que plusieurs jours après. Des plaies très étendues furent la conséquence de cet accident, et ces plaies guérirent après une longue suppuration, sans que le délire de cette malade ait été modifié. (B.)

toute sa surface était devenue insensible. Cet état était intermittent, et quand il cessait, le malade redevenait sage et docile ; dès que l'anesthésie reparaissait, les mauvais penchants se reproduisaient, et ils pouvaient aller jusqu'à lui donner des idées de meurtre. — Dans la paralysie générale on voit aussi parfois une diminution marquée de la sensibilité de la peau. — Il faut également admettre un affaiblissement de l'odorat chez les malades, quand on les voit jouer avec leurs matières fécales. — Toutes ces anesthésies doivent être rapportées aux centres nerveux.

Une tout autre espèce d'anesthésie, qui porte bien plus sur l'acte intellectuel le plus intime de la sensation, c'est celle dont nous entendons parfois les aliénés, et en particulier les mélancoliques, se plaindre. « Je vois, j'entends, je ressens, disent les malades, mais je ne peux pas percevoir la sensation, c'est comme s'il y avait un mur entre moi et le monde extérieur. » On trouve quelquefois chez ces malades une diminution de la sensibilité périphérique de la peau, qui fait que les objets leur semblent un peu indistincts, ou même rugueux, laineux ; mais quand même cela existerait toujours, cela ne suffirait pas pour expliquer ce phénomène. Ces modifications dans la perception des sensations, rappellent plutôt le changement qu'éprouve généralement notre rapport intellectuel avec le monde extérieur, soit aux différents âges de la vie, soit dans les émotions et dans les passions. Dans l'enfance, nous nous sentons plus près du monde des phénomènes sensibles, nous vivons immédiatement dans ces phénomènes et avec eux, un lien intime nous unit avec eux. A mesure que la réflexion mûrit, ce lien se relâche, l'intérêt chaleureux que nous prenions à ces objets se refroidit, nous voyons les choses autrement, et nous sommes plus étrangers au monde extérieur, bien qu'en même temps nous le connaissions mieux. La joie, et en général les émotions expansives, nous rapprochent du monde sensible, tout fait de nouveau sur nous une impression plus vive, et avec le retour prompt et immédiat de la plus chaude réceptivité pour toutes les choses du monde sensible, la joie exerce ainsi sur nous une action rajeunissante. Dans les émotions pénibles, c'est le contraire qui arrive : le monde extérieur, vivant ou inanimé, semble nous être tout à coup devenu étranger et froid, il semble que les objets mêmes de notre affection ne nous regardent plus ; et comme rien ne fait plus sur nous une vive impression, nous nous trouvons encore plus étrangers aux choses extérieures et nous nous concentrons encore plus en nous-mêmes. Il y a, suivant nous, une certaine analogie entre ces derniers états et les plaintes des mélancoliques (qui s'en rapprochent assez), chez qui la douleur intense, persistante, mais sans motifs psychiques, les pousse à se plaindre hautement d'un pareil changement survenu dans leur réceptivité.

On trouvera plusieurs exemples de ces états dans le chapitre de la

Mélancolie. A un autre point de vue, ils ont aussi une certaine analogie avec l'obtusion des impressions des sens dans le sommeil.

§ 51.— Dans l'extase, à côté d'une diminution considérable, et parfois d'une suppression presque complète ou même complète de la sensibilité extérieure, il y a une forte concentration intérieure sur certains sentiments, sur certains cercles d'idées, certaines images, etc., avec surexcitation vive et tension de toute l'activité mentale. Cet état se manifeste par une expression pleine d'émotion du visage et du regard, dans laquelle s'expriment, suivant le genre du mouvement intérieur, l'étonnement, le ravissement ou la douleur, le plus souvent avec mutisme complet, immobilité des membres et souvent état cataleptique des muscles. Les malades paraissent entièrement absorbés par leurs mouvements intérieurs, ils refusent généralement de manger, et spécialement la volonté de l'âme semble complétement enchaînée. — Ces états ne sont pas très fréquents, ils surviennent quelquefois primitivement à la suite d'une violente frayeur, dans la folie hystérique, chez les onanistes et aussi chez les épileptiques; parfois ils alternent avec les accès les plus violents de la manie. Le jeûne, toutes les causes d'affaiblissement, l'insomnie, paraissent en favoriser le développement, et dans les faits d'extase religieuse des temps passés, et dont nous possédons des descriptions, ces circonstances paraissent également avoir joué un grand rôle.

La diminution de la sensibilité extérieure, liée à l'immobilité du corps, quelquefois même à une abolition de l'ouïe, rapproche extérieurement l'extase des états de sommeil; cependant l'extase est un état de veille réelle, avec concentration complète sur un seul cercle d'idées ou de sensations fortement dominantes.

§ 52. — Mais les plus générales et les plus importantes des anomalies de la sensibilité dans l'aliénation mentale sont les *hallucinations* et les *illusions,* ou folie sensoriale. Par hallucinations on entend des images sensoriales subjectives, mais qui sont projetées au dehors, et qui par là deviennent objectivité et réalité; on donne le nom d'illusions aux fausses interprétations d'objets extérieurs. C'est une hallucination, quand je vois une forme humaine, alors qu'il n'y a réellement personne dans mon voisinage, ou quand j'entends des voix, alors que personne ne parle; c'est une illusion, si je prends pour un char de feu un nuage brillant qui est dans le ciel, ou si, dans un inconnu qui entre dans ma chambre, je crois voir un ancien ami. Aucun objet extérieur ne correspond aux hallucinations, ce sont de fausses sensations; les illusions sont de fausses interprétations, des transformations d'une sensation périphérique (1).

(1) Je dois rappeler ici qu'il y a deux manières très différentes d'envisager l'hallucination.

Pour les uns, c'est une forme de délire dans lequel l'aliéné prend de simples

Il n'est même pas absolument nécessaire, pour que cette sensation se produise, qu'elle ait une cause dans le monde extérieur, elle peut aussi naître dans l'organisme même. Ainsi, les fausses interprétations auxquelles sont soumises les douleurs périphériques (névralgies rhumatismales), sont rangées parmi les illusions : par exemple, l'idée d'une grossesse, par suite de sensations inaccoutumées dans le ventre ; ou encore ce fait rapporté par Esquirol (*Maladies mentales*, t. I), d'un malade qui, ayant des douleurs dans un genou, frappait dessus avec son poing en répétant sans cesse : « Oh ! scélérat, tu ne t'en iras pas. » (Il croyait qu'il y avait un voleur dans son genou.)

La distinction exacte des hallucinations et des illusions a été tracée par Esquirol ; elle mérite d'être conservée, bien que l'on ne puisse pas éta-

produits de son imagination pour des sensations véritables. L'hallucination n'est point l'équivalent réel d'une sensation ; l'aliéné ne voit pas et n'entend pas réellement, il croit voir, il croit entendre. Pour les autres, au contraire, l'hallucination est bien réellement la reproduction d'une sensation réelle, et le malade qui l'éprouve peut être parfaitement sain d'esprit.

M. Griesinger adopte cette dernière opinion ; il dit en effet plus bas que « les hallucinations sont des *sensations réelles* et non pas des chimères ».

Dans mon travail sur les hallucinations, j'ai essayé de démontrer que ces deux opinions sont également soutenables, si l'on s'en tient à certains faits. J'ai donc distingué deux classes de fausses perceptions : les hallucinations *psycho-sensorielles*, et les hallucinations purement *psychiques* ou fausses hallucinations. Il est facile de se convaincre que les faits étudiés par Burdach et Müller, par exemple, ne sont pas de même nature que ceux que certains médecins aliénistes ont eu en vue dans leurs recherches. Rien ne ressemble moins aux *visions* qui précèdent le sommeil et que beaucoup d'hommes sains d'esprit peuvent étudier sur eux-mêmes, que les prétendues hallucinations de l'ouïe de certains aliénés. Les premières, selon l'expression de Burdach, sont bien constituées par de véritables images *extérieures*, comme celles que produisent les objets devant l'œil *vivant* et *ouvert*. Tout tend à prouver, dans ces cas, la double intervention du sens et de l'imagination. Dans les secondes, au contraire, l'imagination seule est en jeu, le sens n'y est pour rien ; les malades prononcent mentalement des phrases qu'ils attribuent par suite de leur délire à de prétendus interlocuteurs invisibles. J'ai cité l'observation d'une malade très intelligente qui, pour expliquer ce qu'elle éprouvait, avait créé un sixième sens, le *sens de la pensée*. Cette malade faisait à son insu les demandes et les réponses ; or, comme par le fait elle n'entendait rien, elle avait imaginé son sixième sens, le *sens de la pensée*. Quelquefois les aliénés, pendant qu'ils écoutent leurs prétendus interlocuteurs, remuent les lèvres, ce qui ne laisse pas de doute sur la nature du phénomène. On peut donc également soutenir, avec Esquirol, que les prétendues sensations des hallucinés ne sont que idées reproduites par la mémoire, ou bien les considérer comme des sensations réelles, moins l'excédant. Tout cela dépend des faits qu'on étudie, et l'on en trouve à l'appui de toutes les opinions. (B.)

blir d'une manière tout à fait rigoureuse la limite qui les sépare. Dans le sens du goût en particulier et dans la sensibilité de la peau, cette distinction n'est souvent pas possible; et, même dans les autres sens, ne considérer les illusions que comme de faux jugements, c'est le plus souvent une manière de voir trop restreinte. Dans la plupart des cas, ce sont de véritables transformations des impressions transmises par les organes des sens, quand, par exemple, il me semble voir un portrait qui est accroché au mur, rouler ses yeux ou sortir de son cadre, ou que le visage d'une vieille femme me paraît jeune et beau. Ici des images internes se substituent aux perceptions réelles, il y a un mélange d'hallucination et de perception sensoriale réelle, et cette dernière est transformée dans le sens des idées et de la disposition d'esprit qui me dominent actuellement (1). On peut encore exprimer de la manière suivante le rapport qui existe entre les hallucinations et les illusions : les hallucinations sont ou bien tout à fait complètes, quand elles créent de toutes pièces leur objet, ou bien incomplètes (illusions), quand elles attribuent seulement à des objets extérieurs réels des qualités qu'ils ne possèdent pas (Gratiolet).

(1) Non-seulement je pense avec M. Griesinger que ce serait une manière trop restreinte d'envisager les illusions des sens que de les considérer simplement comme de faux jugements, mais on changerait aussi complétement, à mon avis, la signification que doivent avoir les mots *illusions des sens*. Un aliéné, séquestré dans un asile, escalade un mur élevé et se blesse très gravement. Il affirme, après sa chute, qu'il n'avait nulle intention de se sauver ; il n'a, dit-il, fait qu'obéir à un geste qu'un administrateur de l'asile a fait devant lui dans la direction du mur; le geste avait été fait, nulle erreur n'avait eu lieu sur la sensation, l'interprétation seule avait été fausse.

Ces faux jugements à l'occasion des sensations sont absolument différents des illusions des sens qui sont toujours des sensations fausses. Les illusions des sens sont tantôt purement sensorielles, comme il arrive dans la diplopie, ou bien elles sont *psycho-sensorielles*, quand par exemple, sous l'influence d'une dose d'opium, je vois les fleurs du papier de ma chambre se transformer en personnages bizarres. Il faut donc, pour qu'il y ait illusion des sens, que la sensation soit altérée par suite d'une maladie de l'organe, ou transformée par l'imagination.

Quant à la distinction des illusions des sens et des hallucinations, elle est en effet, comme le dit l'auteur, très difficile dans un grand nombre de cas, beaucoup plus difficile même qu'on ne semble le croire jusqu'ici. S'il est douteux, en effet, qu'une pensée puisse se transformer en sensation, il n'y a point de discussion quant au pouvoir qu'a l'imagination de transformer, selon les idées présentes, les sensations les plus légères, comme cela a souvent lieu dans les rêves. C'est ce pouvoir de transformation de l'imagination qui agrandit le domaine des illusions des sens et restreint au contraire celui des hallucinations; c'est lui aussi qui rend si difficile, sinon impossible, dans beaucoup de cas, la distinction des deux phénomènes. (B.)

La littérature médicale est très riche en travaux sur le délire des sens. — Esquirol, *Dictionnaire des sciences médicales* et *Traité de l'aliénation*. — Bayle, *Mémoire sur les hallucinations* (*Rev. méd.*, 1825). — Müller, *Ueber....., Sur les illusions de la vue*. Coblentz, 1826. — Lélut, *De la folie sensoriale* (*Gaz. méd.*, 1823). — Bird, *Observations sur le délire des sens* (en allemand) (*Friedreichs Magazin*, 1831). — Dietz, *Ueber die Quelle der Sinnestaüschungen* (*ibid.*, 1832). — Leuret, *Fragments psychol.* Paris, 1834. — Bottex, *Sur les hallucinations.* Lyon, 1836. — Marc, *De la folie.* — Hagen, *Die Sinnestaüschungen.* Leipzig, 1837. — Baillarger, in *Arch. gén. de méd.*, 1842. — Patterson, *Ann. méd.-psych.*, 1844. — Travaux de Arnold, Reil, Haslam, Hoffbauer, Neumann, Friedreisch, Jessen. — Archambault, Ellis, *Traité de la folie*, p. 180. — Sinogowitz, *Die Geistestoerungen.* Berlin, 1843. — Michéa, *Du délire des sensations.* Paris, 1846. — Baillarger, *Des hallucinations* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XII, 1846). — Brierre, *Des hallucinations.* Paris, 3e édit., 1861. — Leubuscher, *Ueber die Entstehung der Sinnestaüschungen.* Berlin, 1852.

§ 53. — On observe des hallucinations dans tous les sens, la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et la sensibilité cutanée. Chaque malade peut avoir des hallucinations d'un sens ou d'un autre, ou bien de plusieurs sens, parfois même de tous les sens à la fois. Les hallucinations sont des sensations réelles et non pas des chimères; le malade voit, entend, sent réellement, et ne croit pas simplement voir, entendre, sentir, et, si l'on veut combattre le délire des sens par des raisonnements, on obtient ordinairement des malades des réponses semblables à celles qu'un *malade* fit à M. Leuret (*loc. cit.*, p. 203) : « J'entends des voix, parce que — je » les entends. Comment cela se fait-il? Je n'en sais rien ; mais elles sont » pour moi aussi distinctes que votre voix; et, si vous voulez que j'ad- » mette la réalité de vos paroles, laissez-moi croire aussi à la réalité des » paroles qui me viennent, je ne sais d'où, car la réalité des unes et des » autres est également sensible pour moi. » Ainsi, pour le jugement de l'halluciné, ses perceptions sensitives subjectives sont ordinairement tout aussi réelles que les perceptions objectives qui lui viennent du monde extérieur, et c'est même cette circonstance qui fait en grande partie l'importance et le danger de ces phénomènes. Nous sommes habitués à nous fier à nos sens et à tenir pour très vrai ce que nous voyons et nous touchons nous-mêmes; celui chez qui des perceptions sensoriales fausses se sont glissées, et chez qui l'intelligence et l'association des idées sont ainsi faussées dans leurs éléments, entre par cela même dans un monde nouveau de fictions et de mensonges; il ne peut presque plus jamais les distinguer de la réalité objective sur laquelle il doit régler sa pensée et ses actes (voy. § 55), pas même quand un autre individu l'y aide avec son

intelligence ; il est forcé de se laisser duper par ses fictions, parce que pour lui elles ont la force de la conviction sensoriale, et non-seulement elles éveillent et entretiennent en lui les idées les plus déraisonnables et les plus folles, mais assez souvent même les actes les plus dangereux sont la conséquence des hallucinations.

Les hallucinés peuvent à chaque instant être poussés par des voix ou par des visions à se livrer à des actes de violence soit sur eux-mêmes, soit sur d'autres personnes : par exemple, à commettre un meurtre en exécution d'un ordre divin, ou à se venger d'injures qu'ils entendent, etc. La plupart des crimes commis par les aliénés proviennent également des hallucinations, ce qui n'a rien de surprenant, si l'on songe à la grande fréquence de ce phénomène. — D'après Esquirol, on l'observe chez 80 malades sur 100; il est vrai que M. Falret (*Leçons clin. de méd. mentale*, Paris, 1854) admet une proportion de beaucoup inférieure, à peu près chez un tiers des malades seulement.

§ 54. — L'apparition d'actes sensoriaux subjectifs n'a rien d'extraordinaire en soi, c'est même un phénomène d'observation journalière de voir des sensations survenir par le fait d'une irritation interne sans motif extérieur. Notre monde sensuel intérieur est toujours actif, et de plus, toute pensée, même abstraite, s'accompagne d'une sensation interne d'audition et de vision qui fait partie intégrante tout à fait essentielle de la vie normale de l'âme (1). Seulement les sensations qui se produisent de

(1) M. Griesinger dit ici « que toute pensée, même abstraite, s'accompagne d'une » sensation interne d'*audition* et de *vision* qui fait partie essentielle de la vie nor- » male de l'âme »; et plus bas il dit encore « que pendant l'état de veille ces sen- » sations internes ordinairement très faibles peuvent devenir plus intenses et plus » actives, et ressembler enfin à la réalité. »

Plus loin, l'auteur complète sa pensée en ajoutant que « les phénomènes de » l'imagination sont une des fonctions des appareils sensitifs internes, mais qui » diffèrent des autres (c'est-à-dire de phénomènes sensitifs externes) quant à l'in- » tensité. »

Il résulterait de là que les images reproduites par la mémoire ne seraient que des sensations affaiblies, mais qui peuvent, sous l'influence d'une excitation plus vive, redevenir semblables aux sensations internes. Il n'y aurait donc entre ces deux ordres de phénomènes qu'une différence de degré.

Cette doctrine psychologique sert de base à l'opinion de l'auteur sur la nature des hallucinations. Cette opinion, il l'expose un peu plus bas lorsqu'il se demande s'il existe entre la conception très vive de l'artiste et l'hallucination une différence spécifique ou une différence de degré. Il croit que « l'hypothèse d'une simple différence de degré est plus juste ».

L'hallucination ne serait donc qu'une pensée plus vive, qu'une pensée transformée en sensation, comme l'a dit depuis longtemps M. Lélut. Rien de plus simple alors que cette manière d'envisager l'hallucination, qui perd ainsi le caractère

cette manière sont d'ordinaire très faibles, et se distinguent déjà beaucoup par leur peu d'intensité des perceptions extérieures. Déjà pendant le sommeil, alors que ces sensations intérieures ne peuvent pas être comparées avec les impressions périphériques, elles prennent souvent pour nous la force et le caractère de sensations extérieures. Pendant l'état de veille même, elles peuvent devenir progressivement plus intenses et plus actives, et ressembler enfin à la réalité ; c'est cela même qui constitue les états pathologiques d'irritation des appareils internes de la sensibilité.

La physiologie nous apprend que les nerfs des sens eux-mêmes réagissent contre toute irritation avec l'énergie qui leur est propre, que la rétine comprimée ou congestionnée donne des phantasmes lumineux, que le nerf auditif irrité donne des sensations de son, etc. Faut-il, pour ce motif, considérer les hallucinations comme le simple résultat de l'irritation des épanouissements périphériques des nerfs des sens ? — Cela est impossible : d'un côté, et principalement, parce que les hallucinations s'observent même dans des sens dont la fonction périphérique est supprimée (1), et ensuite parce que, d'après les faits connus jusqu'à pré-

extraordinaire qu'on serait tout d'abord tenté de lui attribuer. Ce phénomène, comme l'a dit l'auteur que je viens de citer, peut alors être considéré comme n'étant presque pas autre chose que le résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence.

Il en est tout autrement pour ceux qui croient qu'il y a entre les images reproduites par la mémoire et les sensations, non une simple différence de degré, mais une différence spécifique. Alors, comme le fait remarquer avec raison M. Griesinger, il faut admettre « qu'il y aurait dans les hallucinations intervention d'un acte particulier qui manquerait dans ce qu'on appelle l'excitation de l'imagination ». Alors l'hallucination n'est plus un fait simple, mais un phénomène complexe ; au lieu de le considérer comme le résultat un peu forcé d'un acte presque normal de l'intelligence, on est conduit à y voir un phénomène essentiellement pathologique.

C'est cette opinion que j'exposerai avec tous les développements qu'elle comporte. (Voyez, à la fin de l'ouvrage, *Théorie des hallucinations.*) (B.)

(1) Les faits rapportés par Esquirol sont assez intéressants pour que nous les rapportions ici textuellement : « J'ai donné des soins à un ancien négociant qui, » après une vie très active, fut frappé de goutte sereine vers l'âge de quarante et » un ans. Quelques années après, il devint maniaque ; il était très agité, parlait à » haute voix avec des personnes qu'il croyait voir et entendre ; il voyait les choses » les plus singulières ; souvent ses visions le jetaient dans le plus vif enchantement. » — Il y avait à la Salpêtrière, en 1816, une Juive âgée de trente-huit ans ; elle » était aveugle et maniaque ; néanmoins elle voyait les choses les plus étranges. » Elle est morte subitement. J'ai trouvé les deux nerfs optiques atrophiés depuis » leur entrecroisement jusqu'à leur entrée dans le globe de l'œil. Certainement, » dans ce cas, la transmission des impressions était impossible. Il en est de même » des sourds qui croient entendre parler. Nous avons en ce moment, à la Salpê-

sent, toute irritation directe des nerfs peut bien, dans la rétine, déterminer des taches lumineuses, des globes de feu, des images colorées, etc., mais non des formes précises, compliquées (un homme, une maison, un arbre, etc.); dans l'oreille, des bourdonnements, des sons élevés ou bas, mais non pas des mots formés ou des mélodies. Pour que les objets aient une forme précise, pour que les sons fassent des mots ou des mélodies, il faut quelque chose de plus, le concours de la perception, qui peut seule, en retenant ou en reproduisant des impressions antérieures, donner une forme à ces objets. Cette projection de la pensée, qui fait entrer dans notre esprit les images sensoriales correspondantes, cette pénétration de l'activité interne des sens dans la perception, qui donne à cette dernière l'apparence de la sensation, nous avons appris (§ 18) à les considérer comme étant la fonction de l'imagination ; mais, tandis que d'ordinaire ces cas consistent en ceci, qu'il ne se produit dans le champ de la vision et de l'ouïe que des contours et des formes imaginaires, et que par conséquent nous n'en conservons que des images très faibles et pâles, dans les hallucinations, en passant par une foule de transitions de force et de vivacité, la perception éveille des actes sensoriaux tellement énergiques, que les choses que notre imagination enfante sont réellement des objets éclairés et colorés, des sons articulés et mélodieux. Le siége de tous ces phénomènes, le siége de l'imagination n'est pas dans la rétine ou dans l'épanouissement périphérique du nerf auditif, mais bien dans le cerveau même et sans doute dans les expansions centrales des nerfs des sens. Nous devons donc, d'accord avec les observations importantes que nous citons plus loin, considérer les hallucinations comme des phénomènes qui se passent dans l'intérieur même du cerveau.

Mais ce n'est pas tout. Ainsi il y a une foule d'autres faits — tout particulièrement évidents dans les hallucinations de la vue — qui indiquent que les épanouissements périphériques des nerfs des sens, lorsque ceux-ci sont intacts, sont loin de rester inactifs dans le délire des sens. Et d'abord un état pathologique de l'œil qui affecte en même temps la rétine paraît donner lieu à la production d'hallucinations (ou plutôt d'illusions, mais

» trière, deux femmes absolument sourdes, qui n'ont d'autre délire que celui d'en» tendre diverses personnes avec qui elles se disputent nuit et jour ; souvent même » elles deviennent furieuses. » (Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, p. 195.) — D'autres faits d'hallucinations de la vue avec atrophie et dégénérescence des nerfs optiques ont été publiés par Johnson (*Med. chir. Review*, 1836), Bergmann (*Göttinger-Naturforscher Versammlung*, 1854), Leubuscher, MM. Calmeil et Foville. — Dans le Rapport sur l'asile des aliénés de Vienne (1858, p. 46), il y a deux faits relatifs à des individus qui avaient perdu un œil par phthisie du globe, et chez qui les hallucinations se produisaient aussi bien de ce côté que du côté sain.

(*Note de l'auteur.*)

qu'il est difficile de distinguer exactement des premières). Tels sont, par exemple, les cas où, avec une opacité des milieux transparents de l'œil, on a observé des hallucinations de la vue (1), et où il semble que l'imagination s'empare de ces images vagues, confuses, striées, nuageuses, que la rétine reçoit, comme de matériaux qui lui appartiennent, pour les transformer en des combinaisons imaginaires. D'un autre côté, il n'est pas très rare de voir des cas où l'on peut, en couvrant extérieurement l'œil, faire disparaître les hallucinations de la vue, ce qui démontre que la rétine saine peut prendre une certaine part dans la production de ces phénomènes. Quelquefois même, lorsque les axes visuels ne sont pas parallèles, les malades voient les hallucinations doubles. — Toujours est-il qu'il y a des cas où les hallucinations n'existent que d'un seul côté. M. Michéa en rapporte des faits; moi-même, j'ai vu un malade chez qui, pendant toute la durée de la folie, les hallucinations de l'ouïe se produisaient constamment du côté gauche seul ; dans le fait rapporté par Kieser (*Zeitschr. f. Psych.*, 1853) d'hallucinations de l'ouïe ayant duré plusieurs années, c'était surtout à droite qu'elles existaient. Quelquefois, lorsqu'elles ont envahi plusieurs sens, elles sont croisées, hallucinations de la vue à droite, avec hallucinations de l'ouïe à gauche.

La science a enregistré un assez grand nombre de cas dans lesquels les hallucinations de la vue cessaient en couvrant les yeux. « Un jeune homme voit autour de lui tous les personnages de la cour ; il se jette aux pieds de celui qu'il prend pour le roi..... ; je lui fais couvrir les yeux pendant deux jours, et le délire cesse. Il se reproduit dès qu'on ôte le bandeau. » (Esquirol.) — Reil raconte qu'une dame qui voyait des revenants et des monstres, fut prise de délire avec convulsions, et que sa femme de chambre lui ayant placé la main devant les yeux en voulant la soutenir, elle s'écria aussitôt : « Je suis guérie. » Le même fait s'est produit chez le médecin dont parle Esquirol (*Maladies mentales*, t. I, p. 183). — « D....., soixante et quinze ans, sain d'esprit, rentre un jour chez lui, effrayé par mille visions qui le poursuivent. De quelque côté qu'il regarde, les objets se transforment en spectres qui représentent tantôt des araignées monstrueuses qui se dirigent sur lui pour lui boire son sang, tantôt des militaires avec des hallebardes, etc..... On lui fait une saignée du pied; les hallucinations persistent, accompagnées d'insomnie opiniâtre.

(1) M. Bonnet rapporte le fait suivant (*Essai analytique sur l'âme*, chap. 23). Un vieillard avait été opéré de cataracte aux deux yeux, mais il ne distinguait les objets que de son œil droit seul ; il avait des hallucinations très actives de la vue, mais il ne croyait pas à leur réalité. — Chez un malade que j'ai vu à Tubinge, les deux yeux sont cataractés, et cependant sa folie roule presque entièrement sur des hallucinations multiples de la vue.

(*Note de l'auteur.*)

On applique un bandeau sur les yeux, aussitôt elles cessent, et reviennent dès qu'on ôte le bandeau, jusqu'à ce que le malade le garde sans interruption pendant toute une nuit et une partie du jour. A partir de ce moment, le malade ne vit plus ces phantasmes qu'à de longs intervalles, et au bout de quelques jours ils disparurent complétement. Le malade n'a pas eu de rechute. » (*Bulletin de thérapeutique*, 1842.) — Les visions de la malade dont parle M. Leuret (*loc. cit.*, p. 141 et suiv.) disparaissaient aussi quelquefois quand elle fermait les yeux.

On pourrait regarder ces faits, qui sont contradictoires aux hallucinations chez des aveugles, comme étant des illusions, mais cela ne nous les fait pas beaucoup plus comprendre au point de vue physiologique. On peut les regarder comme une sorte d'hallucination simultanée de la surface rétinienne provoquée dans les centres nerveux d'après une forme générale fournie par la fantaisie, hypothèse qui sans doute a bien ses difficultés, mais qui s'appuie sur ceci que, dans ces phantasmes de la vue, les objets qui nous entourent sont vus souvent comme à travers un voile.

Une circonstance qui montre d'une manière spéciale que ce sont les idées qui donnent un corps et une forme aux actes sensoriaux, c'est que quelques observateurs pouvaient volontairement provoquer leurs hallucinations, c'est-à-dire que des idées existant à l'état de conscience et qu'ils fixaient vivement, faisaient entrer en action les fonctions sensoriales. Un individu qui avait des hallucinations de l'ouïe, avait remarqué qu'il pouvait lui-même provoquer les mots que les voix disaient ensuite, et cela l'aidait en partie à reconnaître son erreur (Holland, *Chapter on mental physiol.*, 2[e] édit., p. 52). Le fait rapporté par M. Sandras (*Ann. méd. psych.*, 1855, p. 542) est très remarquable. Il parle d'hallucinations qu'il a eues lui-même dans une maladie, pendant laquelle il prenait ses propres pensées et ses désirs pour des voix. Ces voix lui répondaient à ses questions mentales, comme une troisième personne, mais toujours dans le sens de ses désirs. — Des malades intelligents nous disent souvent aussi qu'au début, c'est seulement quelque chose d'idéal, comme un esprit, qui parle en eux, mais que ce n'est que plus tard qu'ils entendent réellement parler.

Quelques auteurs ont combattu l'idée que la fantaisie engendre les hallucinations, en faisant remarquer la différence qui existe entre elles et les simples imaginations (Leuret, Hagen); cette objection tombe, puisque nous considérons les phénomènes de l'imagination (§ 8) comme étant une des fonctions des appareils sensitifs internes, mais qui diffère des autres seulement quant à l'intensité.

Sans doute il y a encore une grande différence entre une hallucination et cette excitation interne de l'imagination, comme en a, par exemple,

l'artiste dans la conception de son œuvre ; le malade tient toujours pour extérieurement réel ce qu'il voit, ce qu'il entend daus ses hallucinations : c'est dans son œil, dans son oreille, qu'elles existent. On peut se demander si c'est là une différence spécifique, ou si ce n'est qu'une affaire de degré? Dans le premier cas, il y aurait dans les hallucinations intervention d'un acte particulier qui manquerait dans ce que l'on appelle l'excitation de l'imagination. — Je crois que l'hypothèse d'une simple différence de degré est plus juste, car nous voyons, d'après la description exacte que les aliénés nous font de leurs hallucinations, qu'elles peuvent aller depuis l'apparence la plus pâle et la plus confuse jusqu'à la vivacité sensuelle la plus grande, et, d'un autre côté, il n'est pas très rare que chez un artiste l'imagination aille jusqu'à lui faire voir une apparition sensuelle, bien que légère et pâle, de son œuvre.

J'ai vu un fait intéressant de transformation de cette espèce de demi-hallucination interne, obscure et pâle des sens qui accompagne la pensée à l'état ordinaire, en hallucinations véritables avec vision objective distincte : c'était un malade qui avait des visions extraordinairement nombreuses, dans lesquelles il se complaisait beaucoup ; il en parlait souvent, disant que tantôt il voyait simplement des contours sans couleur, tantôt c'étaient des ombres foncées, tantôt enfin des images vives, colorées, ayant tout à fait l'aspect d'objets extérieurs réels.

M. Lélut, lui aussi (*loc cit.*), définit avec beaucoup de raison les hallucinations : la transformation complète d'une pensée en impressions sensoriales extérieures. A ce propos, je citerai la réponse très remarquable qu'un mélancolique fit à Esquirol qui cherchait à lui démontrer que ses hallucinations de l'ouïe étaient fausses : « Le malade me dit un jour : — Pensez-vous quelquefois ? — Sans doute. — Eh bien, vous pensez tout bas, et moi, je pense à haute voix. » (Esquirol, *Malad. ment.*, t. I, p. 9.)

Un malade très intelligent (un étudiant en médecine) dont j'ai parlé plus haut, qui avait eu pendant un violent accès de folie des hallucinations de l'ouïe bornées à l'oreille gauche, avait l'impression que les voix qu'il entendait ne venaient pas d'un point très rapproché de lui, mais qu'elles parlaient à une distance de plusieurs minutes. Il faisait encore cette déclaration remarquable, qu'il pouvait exercer volontairement une influence sur ses hallucinations. En l'examinant attentivement, je reconnus aussitôt qu'il s'agissait là de l'action respiratoire des muscles abdominaux, et que c'était à l'aide de la respiration qu'il exerçait cette influence ; en la retenant, il changeait souvent le son de ces voix, qui lui paraissaient éloignées ou rapprochées. On sait que dans l'expiration le liquide cérébro-spinal s'élève de la cavité de la moelle épinière dans les cavités du cerveau et dans l'espace sous-arachnoïdien (à cause du rem-

plissement considérable des nombreux plexus veineux du canal rachidien), et que le contraire a lieu dans l'inspiration.

§ 55. — La manière différente dont l'individu se comporte par rapport à ses hallucinations peut en partie dépendre de certaines différences légères d'une espèce déterminée dans l'intensité et la netteté de ses fausses perceptions, comparées aux impressions sensoriales objectives. Mais ce qui a plus d'influence encore, c'est d'une part l'état des fonctions cérébrales en général, en tant qu'elles permettent un degré plus ou moins considérable de réflexion, et d'autre part le degré d'éducation du malade et la manière dont il envisageait antérieurement la vie.

Il s'en faut de beaucoup que les hallucinations ne s'observent que dans l'état de folie. C'est un fait bien connu, que le rêve (nous y reviendrons plus tard), l'ivresse, le vertige et d'autres états analogues s'accompagnent de phantasmes des sens. Mais en dehors même de ces états, les hallucinations sont loin d'être rares chez des individus non aliénés. Le fait bien connu de Nicolaï, le fait rapporté par Bonnet, plusieurs de ceux cités par Patterson, toutes les visions religieuses, etc., en sont des exemples. Rien ne serait plus erroné que de vouloir tenir un homme pour aliéné, par cela seul qu'il a des hallucinations. Des faits nombreux montrent au contraire que des hommes très distingués et tenant un rang élevé dans le monde par leur intelligence, d'un genre d'esprit et d'un caractère très différents, mais en particulier d'une imagination chaude et puissante, peuvent présenter des phénomènes de ce genre. Le Tasse qui, en présence de Manso, eut un long entretien avec son ange gardien; la vision (gris bleuâtre) bien connue de Gœthe, et ses fleurs idéales qui poussaient des bourgeons fantastiques; l'apparition de Walter Scott, qui lui faisait voir dans les plis d'un rideau son ami Byron après sa mort; Jean Paul qui voyait une tête de jeune fille regardant en bas par la fenêtre; Benvenuto Cellini qui voyait le soleil en vision : voilà des artistes et des poëtes qui avaient des hallucinations. Spinoza, Pascal (1), étaient également hallucinés; Van Helmont voyait son âme sous forme d'une lumière avec un visage humain. M. Andral rapporte qu'il a eu lui-même des hallucinations de la vue, et M. Leuret, des hallucinations de l'ouïe; et, d'après une foule de choses que l'on entend dire et que l'on observe à ce sujet, on pourrait dire qu'aussi chez des individus dont l'esprit est peu développé, les hallucinations sont loin d'être rares, mais passent souvent inaperçues.

En présence de ces hallucinations, l'homme bien portant reste calme,

(1) Depuis une chute dangereuse qu'il avait faite sur le pont de Neuilly, Pascal voyait toujours un précipice devant lui.

(*Note de l'auteur.*)

il ne s'en émeut pas, parce qu'il reconnaît que ce sont des phénomènes subjectifs (Nicolaï, etc.) ; ou bien il croit à leur réalité, parce que sa réflexion manque des prémisses nécessaires pour apprécier ces phénomènes, parce que la superstition, la paresse de la pensée, l'amour du merveilleux, obscurcissent ou entravent leur interprétation juste, ou parce que certaines dispositions d'esprit, la passion, l'émotion, la peur, la colère, la joie, etc., suspendent généralement la réflexion et le calme du jugement, ou bien encore parce que les hallucinations de plusieurs sens, de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité de la peau, se soutiennent réciproquement, et qu'ainsi le moyen de rectifier les erreurs de l'un d'eux se trouve faussé (1).

Les hallucinations à elles seules, même quand l'individu les tient pour vraies, ne suffisent pas pour qu'il y ait folie ; pour cela, il faut de plus une désharmonie psychique générale, profonde, ou des conceptions délirantes complétement développées. Pour que les hallucinations puissent être tenues pour vraies, il faut que, grâce à elles, l'ensemble des perceptions sensoriales soit perverti, et quand il en est ainsi, la folie est bien près d'exister ; en particulier, dans les cas où il y a déjà un changement morbide du caractère, comme dans les périodes initiales encore peu intenses de la folie, les hallucinations naissent et se fixent si facilement, que très souvent alors on les considère comme les causes de la maladie tout entière. Dans mon opinion, il est rare que les hallucinations soient la cause de la folie, et je crois plutôt qu'elles doivent être regardées comme les symptômes de l'irritation cérébrale, mais souvent encore modérée. Quoi qu'il en soit, le fait est exact, elles surviennent très souvent dans la première période de la folie, et souvent ce n'est que lorsqu'elles apparaissent et lorsque le monde extérieur se fausse pour le malade, qu'il commence réellement à délirer.

Les aliénés prennent presque toujours leurs hallucinations pour des réalités ; quelquefois cependant, surtout au début, ils les reconnaissent

(1) Au premier rang des causes qui font qu'un homme peut admettre la réalité d'une hallucination sans être aliéné, il faut placer les croyances religieuses. Pascal, par exemple, n'a jamais été dupe de la vision qui lui représentait un abîme près de l'engloutir, bien que cette vision se soit reproduite un très grand nombre de fois et pendant plusieurs années. Au contraire, il a cru à la vision de nature toute religieuse qu'il a éprouvée dans la nuit du 23 novembre 1654, bien qu'elle ne se soit pas reproduite. M. Lélut n'a pas manqué d'indiquer la cause de cette différence. « Dans le premier cas, Pascal, dit-il, savait bien qu'à moins d'un miracle, qui ici » n'est pas nécessaire, un précipice ne pouvait pas ainsi se creuser subitement » auprès de lui. Sa haute raison, dans ce cas, était plus forte que ses sens, parce » qu'elle leur était opposée. Dans le second, au contraire, ses sens étaient d'ac» cord avec sa raison, avec ses croyances et les idées de toute sa vie. » (B.)

comme étant des phénomènes morbides. Parfois on les entend même dire qu'ils savent bien qu'ils n'entendent pas et ne voient pas comme à l'ordinaire, qu'ils entendent dans leur esprit (1), « qu'ils se forgent cela dans leur tête », etc.; ou bien ils se plaignent amèrement que par méchanceté, par des médicaments qu'on leur a fait prendre, etc., on leur a *jeté* ces funestes apparitions, exprimant par là à leur manière qu'ils sont dominés par un phénomène psychique qui est encore étranger à leur *moi*. Mais les faits les plus remarquables sont ceux où le malade sait que ses hallucinations se produisent subjectivement, et cependant il les tient pour réelles. Les uns disent que c'est dans leur tête que sont ces voix (2); d'autres, et cela n'est pas rare, croient que ces voix viennent de leur épigastre, et il leur semble qu'elles ne sont pas ordinaires, mais qu'elles ont un son tout à fait nouveau (3). Toutes ces déclarations dépendent beaucoup de la faculté plus ou moins grande qu'ont les individus de s'observer eux-mêmes et de se rendre compte de l'état de leur âme (4).

Dans les maladies mentales, les hallucinations sont généralement au début l'objet d'une grande attention, elles incommodent et tourmentent beaucoup les malades; plus tard, ils s'y habituent et s'en préoccupent

(1) Shakspeare met dans la bouche d'Hamlet cette réponse à Horatio qui lui demande où il a vu le fantôme : « Dans l'œil de mon esprit (In my mind's eye). » (*Hamlet*, acte I, scène 2.)

(*Note de l'auteur.*)

(2) « C'est un travail qui se fait dans ma tête. » (Leuret, *loc. cit.*, p. 162.) J'ai vu aussi un cas de ce genre. Le malade entendait plusieurs personnes parler ensemble dans sa tête ; il croyait également quelquefois avoir dans la région du cœur une table à laquelle plusieurs personnes mangeaient.

(*Note de l'auteur.*)

(3) Leuret, *loc. cit.*, p. 177. Dans un autre cas (Lafargue, *Gaz. méd.*, 1841), les hallucinations de l'ouïe venaient de la région du cœur.

(*Note de l'auteur.*)

(4) Ce phénomène des voix épigastriques est très difficile à expliquer. Cependant il faut remarquer qu'on l'observe souvent chez des malades qui, par suite d'une excitation cérébrale très ancienne, ont l'habitude d'articuler réellement, mais intercurremment toutes leurs pensées. Cette prononciation sourde, sans émission de son au dehors, produit comme un commencement de ventriloquie. Or, si légère que soit l'impression, qu'on la suppose exagérée comme le sont les impressions sensorielles dans l'état de rêve, et l'on pourra peut-être, jusqu'à un certain point, comprendre ces voix épigastriques, résultat d'efforts produits par le malade lui-même, mais dont il n'a pas conscience.

J'ai rapporté dans les *Annales médico-psychologiques* l'observation d'un malade qu explique lui-même, dans un curieux manuscrit, comment depuis longues années il ne pouvait penser sans parler réellement, mais intercurremment.

« Je vous dirai, écrit-il, que, voulant me rappeler une lettre que j'avais écrite,

moins, mais souvent alors elles acquièrent un tel degré d'indépendance que, après que la maladie est passée, elles persistent isolément et peuvent empêcher le retour complet de la netteté de l'intelligence; et même, comme ces hallucinations ne leur permettent plus de fréquenter la société, les malades tombent inévitablement dans un état plus ou moins profond d'affaiblissement intellectuel. (Neumann, *Psychiatrie*, p. 119.)

Nous rapporterons ici quelques faits d'hallucinations chez des individus non aliénés.

M. H..... lisait un jour l'*Histoire de Bourgogne* de Commines. En jetant ses regards du côté de la croisée, il crut voir un crâne placé sur un tabouret près de la fenêtre : il voulut crier et s'informer qui avait placé ce crâne à cet endroit; mais auparavant, il se leva pour aller l'examiner de près. Comme il allongeait la main pour le saisir, le crâne avait disparu. H..... en fut effrayé et tomba presque sans connaissance. Quinze jours après, étant à une salle de cours de l'université d'Édimbourg, il revit ce même crâne sur un pupitre; il dit alors à son voisin : « Pourquoi donc le professeur a-t-il apporté un crâne aujourd'hui? » — Une autre fois, H..... avait assisté à l'autopsie d'un de ses amis. Trois mois après, il allait se mettre au lit, lorsqu'il trouva sur sa table une lettre d'invitation pour assister à l'enterrement de la mère de son ami. A peine eut-il éteint sa lumière, qu'il se sentit saisi aux bras au-dessous des épaules, on lui appliquait fortement les bras contre le corps. Il chercha

je suis obligé d'articuler mot à mot les phrases que j'ai employées, autrement je ne puis m'en souvenir, les idées ne pouvant se présenter sans articulation. »

Plus loin, il ajoute : « Il m'arrivait toujours, avant de parler, de répéter intérieurement ce que je voulais dire. »

Le malade dit encore, à propos de ses lectures : « Une remarque ou plutôt une découverte que j'ai été à même de faire depuis que je me connais, c'est que je n'ai jamais lu comme tout le monde, je n'ai jamais *lu de la tête ;* j'articulais toujours intérieurement ce que je lisais. »

Il est difficile de ne pas voir une connexion entre cette habitude ancienne d'articulation intérieure et des voix épigastriques qu'entendait le malade.

« Il y a dans ma poitrine, dit-il, dans *la région de l'estomac* comme une langue qui articule tout intérieurement. »

Et plus loin :

« Ordinairement, quand on veut écrire une lettre, par exemple, la tête cherche (la pensée intellectuelle est occupée) ; mais chez moi la tête n'y est pour rien, c'est l'*estomac* qui est en travail, c'est cette langue intérieure qui formule. »

Je suis loin, d'ailleurs, de dire que les voix épigastriques ne s'observent que dans les cas chroniques. La preuve qu'il en est quelquefois autrement, c'est que les somnambules magnétiques éprouvent quelquefois le même phénomène. On sait aussi que Van Helmont, en proie à un délire passager, croyait que sa pensée avait changé de siége et s'était transportée dans la région de l'estomac. (B.)

à se dégager et cria : « Laissez mes bras. » Alors il entendit très distinctement une voix qui lui disait : « N'ayez pas peur. » Il répondit aussitôt : « Attendez, je vais allumer la lumière. » A ce moment, on lui lâcha les bras ; il se leva, mais il éprouva un vertige très fort et une grande faiblesse. Quand il eut allumé sa lumière, il aperçut sur sa porte la figure de son ami, mais pas très distincte, comme à travers un voile. A mesure que H..... s'approchait de la porte, la figure disparaissait ; il la poursuivit sur l'escalier jusqu'à la porte de la maison, où un nouveau vertige le fit tomber par terre. Le lendemain, il avait une violente douleur au niveau des sourcils, il avait de la fièvre et de l'insomnie. (Patterson, *loc. cit.*)

Un habitant du Sud, dans toute la force de l'âge et parfaitement portant, rendait un jour une visite à un de ses voisins. Comme il allait franchir le seuil de la maison, il passa devant lui un fantôme de femme vêtue de blanc, puis il en vint un second et un troisième ; il tendait la main pour saisir ce dernier lorsqu'il disparut. — Peu de temps après, il traversait un parc, il vit plusieurs ânes qui paissaient ; il voulait sauter sur le dos d'une de ces bêtes, et il resta tout interdit lorsqu'il reconnut qu'il n'y avait pas d'ânes. Puis il les revit de nouveau devant ses yeux, et essaya plusieurs fois, mais en vain, de monter dessus. (Patterson, *loc. cit.*)

Le fait suivant offre un exemple curieux d'hallucinations et d'illusions nombreuses chez une aliénée, et démontre comment ces fausses sensations déterminent de fausses conceptions (Bergmann, *Histoire d'une aliénée racontée par elle-même*, dans *Friedreichs Archiv für Psychologie*, 1834). C'est la malade qui parle :

« Un jour, il faisait un orage, mais un orage comme jamais je n'en ai vu ni auparavant ni depuis. Les nuages me paraissaient être les flots de la mer qui s'élevaient jusque dans les airs où ils se battaient avec les nuages, pendant qu'une flotte ennemie entamait avec les habitants un combat à mort ; ce fut le moment décisif pour le salut de la Hollande, qui me paraissait déjà complétement perdue. Je n'entendais pas le tonnerre, je ne voyais pas d'éclairs, mais je voyais des volcans et j'entendais les coups de canon qui se succédaient, etc. — Plus tard, un jour que je sortais mon linge et mes effets de mon coffre, j'en vis une quantité extraordinaire, et de plus une nappe qui cependant était restée dans le coffre. Un autre jour, comme il me manquait beaucoup de choses que j'avais cru posséder, je crus que l'on m'avait volée, etc. Un soir, j'étais au lit et je suivais toujours des yeux ma servante, que je croyais être un revenant. La chandelle se mit alors à couler très fort ; cependant le suif ne coulait pas de la chandelle, mais il venait à travers un trou du mur, et en telle quantité, que c'était un véritable torrent. Je me mis alors à crier, croyant qu'on voulait m'étrangler. Puis je me figurai que l'air était empoisonné, et dès

ce moment j'eus dans le nez une odeur douceâtre, désagréable, les aliments avaient une saveur amère, et il me semblait, quand on m'apportait de la viande, que c'était de la chair humaine, etc. Les bâtiments que je voyais de ma chambre me représentaient une petite pipe de terre qui ressortait par le haut de la cheminée, et me donnaient l'horrible idée que ces tuyaux de pipe étaient le seul endroit par où l'air pût pénétrer, et que les hommes qui y entraient allaient y étouffer, etc. »

§ 56. — Pour ce qui est des circonstances prochaines au milieu desquelles les hallucinations apparaissent, voici les principales :

1° Le délire des sens peut avoir sa source dans une maladie locale des organes des sens ; aussi faut-il toujours examiner très attentivement les malades à cet égard.

2° Tous les états d'épuisement profond, soit moral, soit physique, paraissent favoriser le développement des hallucinations. De même que dans les siècles passés l'ascétisme religieux était une cause fréquente d'hallucinations, aujourd'hui nous les voyons se développer fréquemment sous l'influence de l'inanition, de jeûnes prolongés, d'une profonde fatigue intellectuelle, d'un épuisement quelconque, etc. Une grande concentration d'esprit, des idées superstitieuses auxquelles on se complaît, etc., ont aussi une influence toute spéciale sur le délire sensorial (Benvenuto Cellini, visions diaboliques et religieuses).

3° Les états émotionnels morbides, qui constituent si souvent la folie, provoquent les hallucinations et les illusions de la même manière que, dans l'état de santé, les états analogues, crainte, frayeur, etc., troublent la perception des sens et déterminent de fausses impressions.

4° Le calme et la tranquillité extérieurs favorisent les hallucinations. Un phénomène très important, c'est la production des hallucinations entre le sommeil et la veille. On sait que dans l'état de santé elles surviennent fréquemment dans ces circonstances. J. Müller, en particulier, décrit ce fait comme un phénomène que son expérience personnelle l'autorise à regarder comme souvent physiologique. L'observation démontre que, chez les aliénés eux-mêmes, les hallucinations sont très fréquentes pendant le sommeil, et que souvent c'est pendant ce temps qu'elles apparaissent pour la première fois (1). Lorsque, dans ces circonstances, au début de la folie, elles ont une assez longue durée et reviennent fréquemment avec persistance, elles ne tardent pas à se produire bientôt aussi dans l'état de veille, et à provoquer des conceptions délirantes ; dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, on a vu un accès de manie se développer dès le premier jour, à la suite de ces hallucinations survenues entre le sommeil et la veille. Mais, de même que chez les

(1) Baillarger, *Archives générales*, 1842.

individus prédisposés aux hallucinations, la simple occlusion des yeux suffit quelquefois à les déterminer (Gœthe et Müller racontent cela d'eux-mêmes), de même aussi voit-on certains aliénés chez qui elles se produisent dès qu'ils ferment les paupières (Baillarger, *loc. cit.*). — Par contre, il y a des cas (voy. § 53) où les fantasmes visuels disparaissent par le seul fait de l'occlusion des yeux ; ce qui démontre une fois de plus la multiplicité infinie de ces phénomènes complexes désignés sous le nom d'*hallucinations.*

Ils ne sont pas rares les cas où au début de la folie, alors que les conceptions délirantes surgissent et sont encore flottantes, tantôt le malade s'y laisse prendre, tantôt au contraire il lutte contre elles et finit par les écarter ; puis un soir, quand la lumière est éteinte et que le calme de la nuit a rendu à l'ouïe toute sa finesse, c'est alors qu'apparaissent les premières hallucinations, des voix, qui viennent confirmer les idées délirantes, et qui prennent ainsi pour le malade la force de la conviction sensoriale.

5° Quelques substances toxiques et médicamenteuses ont une très grande action sur la production des hallucinations, surtout les préparations de chanvre, la belladone, le stramonium, etc.

Si instructifs que soient ces faits pour l'intelligence des hallucinations, en tant surtout que phénomènes que l'on peut en partie provoquer volontairement et soumettre à l'expérimentation, ils n'ont aucun rapport particulier avec les hallucinations des aliénés ; aussi ne nous y arrêterons-nous pas plus longtemps.

§ 57. — Le fond sur lequel roulent les diverses hallucinations dépend en général de la disposition actuelle de l'esprit et de la direction des pensées (1) ; il y a aussi à distinguer entre elles celles qui sont de nature gaie et celles qui sont tristes, et il est assez rare qu'elles soient d'un caractère tout à fait indifférent. Le mélancolique entend souvent des paroles injurieuses, des menaces, des voix qui lui ordonnent des actes atroces ; chez le maniaque, les hallucinations entretiennent et confirment la surexcitation de son esprit ; en un mot, le sentiment qui domine le malade (crainte, jalousie, joie, etc.) détermine la modalité des phantasmes. Au point de vue du pronostic, il y a une circonstance importante à noter. l'observation nous apprend que les hallucinations qui proviennent ainsi d'un état émotionnel morbide déterminé sont susceptibles de disparaître en même temps que celui-ci, tandis que les hallucinations essentielles

(1) Shakspeare fait dire à Macbeth qui croit voir un poignard et des gouttes de sang : « Mais tout cela n'existe pas ; c'est mon projet sanglant qui trompe ainsi mes yeux. » (*Macbeth*, acte II, scène 1.)

(*Note de l'auteur.*)

qui ne sont pas liées à un état d'émotion, n'arrivent que très rarement à une guérison réelle, et entrent le plus souvent comme élément essentiel dans l'état de folie systématisée persistante.

Dans les états d'affaissement moral profond, à la suite de douleurs prolongées, avant la mort, etc., on observe souvent des hallucinations gaies, brillantes ; divers autres états organiques, une irritation des organes génitaux, le besoin d'aliments, etc., déterminent d'une autre manière le fond du délire sensorial, qui présente alors des images de même nature.

On connaît la spécificité remarquable de certaines hallucinations produites par des causes déterminées. Ainsi dans le délire des buveurs, les visions d'animaux, de souris, de rats, d'oiseaux, sont très ordinaires ; on pourrait être tenté de prendre ces visions pour la transformation fantastique de scotomes noirs, s'il n'était pas fréquent aussi, d'après ce que j'ai observé moi-même, que ces individus voient de gros animaux et même des troupeaux entiers de chevaux, de chiens, « un million de bœufs », etc. Les phantasmes produits par l'ingestion du datura, de la belladone et surtout du haschisch ont également une certaine spécificité.

Il est très ordinaire de voir les hallucinations présenter un caractère religieux. Dans les images qu'enfante son imagination, l'halluciné voit son Dieu, et ce sentiment le plus élevé du cœur humain se complaît avec amour dans ces idées. Il est extrêmement fréquent que les aliénés entendent des voix du ciel qui leur ordonnent des sacrifices humains ou qui leur transmettent des messages divins ; leur fond varie suivant le degré d'éducation, et ce qui joue un grand rôle ici, c'est précisément si le sujet s'est préoccupé antérieurement de l'*Apocalypse*, de l'*Uranie* de Tiedge (1), des anges de Byron ou des *mediums* modernes. En général, dans notre siècle on ne croit pas beaucoup à la réalité des visions morbides que les autres nous racontent, et cependant on a pu voir, il n'y a pas bien longtemps encore (1816), un halluciné qui non-seulement a passé aux yeux de la foule pour un inspiré, mais encore a été regardé par un archevêque et un ministre de la police comme un envoyé de Dieu, et a pu en cette qualité conférer avec un roi (Louis XVIII) sur les affaires de l'État.

Voyez l'histoire du paysan Martin, dans Leuret (*loc. cit.*). Pendant qu'il fumait son champ, un fantôme se présenta devant lui et lui ordonna d'aller trouver le roi et de l'avertir que sa personne était en danger, que l'on complotait de renverser le gouvernement, etc. Après que la chose eut fait beaucoup de bruit dans Paris, Pinel déclara que Martin était atteint de manie intermittente avec hallucinations ; il fut, par consé-

(1) Poëme sur l'existence de Dieu.

(*Note du traducteur*)

quent, envoyé à Charenton; mais là encore il trouva des croyants, et même parmi les médecins!

Nous donnons, dans le paragraphe suivant, d'autres exemples d'hallucinations et d'illusions des divers sens chez les aliénés.

§ 58. *Hallucinations de la vue.* — D'après M. Gratiolet, on peut distinguer les principales espèces suivantes d'hallucinations de la vue: 1° Celles qui surviennent dans l'obscurité, pendant la nuit, ou les yeux fermés ou enfin chez les aveugles; elles sont le plus souvent claires, lumineuses même, mais un peu pâles; ce sont très fréquemment des têtes, des figures hideuses, etc., et elles ont une tendance à un mouvement oscillatoire. 2° A un demi-jour, au crépuscule, ce sont très souvent des formes blanches qui semblent occuper dans l'espace une place à une distance que l'on peut évaluer; elles n'oscillent pas de côté et d'autre. 3° Les hallucinations qui se montrent en plein jour ont généralement toute l'apparence de la réalité. — Je ne puis partager cette dernière opinion; d'après les descriptions que m'ont faites beaucoup d'hallucinés, elles sont souvent encore ici obscures et ressemblent à des ombres.

Souvent ce sont des masses de feu ou de lumière que voient les malades, et suivant les circonstances, suivant aussi la direction que les idées affectent déjà, ils interprètent différemment ces apparitions: les uns se croient dans le ciel et voient la majesté de Dieu dans toute sa splendeur et son éclat; d'autres se croient plongés dans les flammes de l'enfer. Une jeune fille, étant au moment de ses règles, vit (réellement) brûler la maison de ses parents; aussitôt elle devient furieuse, elle veut se précipiter dans le feu, elle ne reconnaît plus personne et croit brûler ellemême. Conduite à l'hôpital, elle le fait retentir de ses effroyables cris de feu, elle croit qu'elle subit le supplice du feu et que ses parents en sont aussi menacés. Elle était sans cesse en proie à une agitation furieuse, et criait constamment: « Voyez, comme tout brûle; toutes les pompes de la ville ne suffiraient pas pour éteindre le feu qui va tous nous brûler! » — Elle mourut au bout de quatre semaines, et son dernier cri fut encore: « Au feu! au feu! »

Un certain P..... a une foule de visions différentes. Dieu le Fils lui apparaît de temps en temps; il le voit porté sur des nuages, entouré de ses anges et tenant une croix à la main. Il lui intime ses ordres, non pas par des paroles, mais par des signes qui paraissent dans les airs. Il trace les figures qu'il voit ainsi dans les airs; ce sont tantôt des figures géométriques, tantôt des animaux ou des ustensiles de ménage, des fleurs, des instruments de musique; tantôt ce sont des figures bizarres qui ne ressemblent à rien, etc. (Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, p. 167 et suiv.)

Un autre écrit: « J'ai vu Dieu le Père plusieurs fois, il a eu la bonté

de me parler. Il est entré dans plusieurs enfers, où il a tué plusieurs bêtes monstrueuses, et a fait combler des trous, d'où je croyais qu'on rendait de faux oracles. J'ai vu plusieurs fois dans le ciel saint Jean-Baptiste dans un char à sept chevaux, etc. » (Esquirol, *loc. cit.*, p. 170.)

Un monsieur P....., attaqué de lypémanie hypochondriaque, frappait sans cesse avec sa canne sur les meubles de sa chambre ; plus il marchait vite, plus il frappait. J'ai fini par savoir que l'ombre projetée sur le parquet par les meubles était, par lui, prise pour des rats. L'ombre produite par le malade, en passant entre les meubles et la lumière, lui faisait croire que les rats étaient en grand nombre, et alors il frappait pour les effrayer ; plus il marchait vite, plus les jeux de lumière étaient rapides, plus le malade croyait que le nombre des rats avait augmenté. (Esquirol, *ibid.*, p. 218.)

Le siége des hallucinations de la vue doit être dans l'épanouissement interne des nerfs optiques. Il y aurait là des recherches anatomiques très intéressantes à faire ; il faudrait examiner avec soin dans les autopsies la surface des thalamus, des corps quadrijumeaux et de leur voisinage, ainsi que le centre ovale. Dans un cas rapporté par Bright (*Guy's hosp. Reports*, 1837), le malade avait eu des hallucinations de la vue à la suite de deux attaques d'apoplexie ; on trouva dans le corps genouillé un foyer qui pénétrait jusqu'à la surface du cerveau.

§ 59. *Hallucinations de l'ouïe.* — Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas tout à fait aussi fréquentes que celles de la vue (1) ; c'est surtout dans la mélancolie et dans la démence agitée et la folie systématisée qu'on les observe, et quelquefois dans cette dernière forme mentale elles donnent lieu à un accès de manie. Les hallucinations de l'ouïe indiquent presque toujours une affection grave du cerveau, peu susceptible de se guérir ; souvent elles restent cachées très longtemps, jusqu'à ce que le malade ait des conceptions délirantes fixes. Elles sont particulièrement

(1) Il y a, je crois, pour la fréquence relative des hallucinations de l'ouïe et de la vue, plusieurs distinctions à établir.

S'agit-il des hallucinations qui précèdent le sommeil, et que M. Maury a nommées *hypnagogiques*, il est bien démontré que celles de la vue sont de beaucoup les plus fréquentes. De même pour les hallucinations provoquées par des agents toxiques. Chez les aliénés, il en est autrement, et les hallucinations de l'ouïe sont les plus nombreuses. Il est d'ailleurs nécessaire de faire remarquer que le phénomène ici n'est pas toujours de même nature. Il faut bien distinguer les hallucinations véritables, liées ordinairement à un état plus aigu, des fausses hallucinations de l'état chronique, bien séparer les malades qui entendent des voix au dehors de ceux qui entendent parler en pensée. Ces fausses hallucinations entrent pour une grande proportion, et il est nécessaire d'en tenir compte quand on veut comparer la fréquence relative des hallucinations de l'ouïe et de la vue. (B.)

fréquentes dans les cas où la folie est liée à une maladie du ventre ou des organes génitaux ; peut-être les lésions anatomiques nous expliqueraient-elles ce fait (connexion avec le cervelet). — Les malades croient que les voix qu'ils entendent viennent tantôt de loin, tantôt de près, ou bien des murs, des meubles, de la terre, ou bien enfin de leur propre corps. Quelquefois ces hallucinations se prolongent avec une telle persistance, qu'elles jettent les malades dans le désespoir. — Les individus qui ont des hallucinations de l'ouïe ont aussi généralement des fictions encore bien plus bizarres que celles qui résultent des autres phantasmes, et alors on les voit souvent se livrer aux actes les plus singuliers, les plus extravagants. Ils répondent à leurs voix par des gestes ou par des mots bienveillants ou menaçants ; tout à coup ils deviennent tranquilles, ils semblent prêter l'oreille, écouter avec attention, puis ils accomplissent les actes les plus bizarres ou les plus dangereux que ces voix leur ordonnent de faire.

Un jeune homme qui, à la suite d'un accès de manie aiguë, était resté six mois sans dire un seul mot, sans faire un seul mouvement volontaire, saisit un jour une bouteille pleine et la lança à la tête de son gardien ; puis il retomba dans l'immobilité et dans un mutisme absolu. Il guérit au bout de quelques mois. Je lui demandai pourquoi il avait jeté la bouteille à la tête du gardien : « C'est, me répondit-il, parce que j'entendais une voix qui me disait : Si tu tues quelqu'un, tu seras sauvé. Comme je n'avais pas tué cet homme, ma destinée ne pouvait pas changer, et je redevins alors silencieux et immobile ; la voix me répétait sans cesse : Ne bouge pas, ou tu es mort. Cette crainte me rendait immobile. » (Esquirol.) — Voyez aussi l'observation du préfet français, dans *Esquirol*, t. I, p. 160.)

Un malade observé par Kieser (*Journal allemand de psych.*, t. X, 1853) décrit de la manière suivante les hallucinations et les illusions de l'ouïe qu'il avait eues :

« C'est une chose aussi surprenante qu'effrayante, et qu'il est vraiment honteux pour moi de raconter, que les expériences d'acoustique qui ont été faites sur mes oreilles et sur mon corps depuis près de vingt ans ! — J'avais l'effrayante certitude que, non-seulement sans ma volonté, mais même sans que je le sache, des sons et des mots articulés de la manière la plus variée sortaient de mes oreilles, comme si c'était une bande affreuse de malfaiteurs qui les prononçaient. Et quels sons ! quels mots ! Pendant six mois de l'année 1815, ces mots consistaient presque uniquement dans des paroles injurieuses pour moi-même et pour les miens ; souvent le même mot résonnait pendant deux ou trois heures sans interruption ! Souvent aussi on entendait de longs discours sur ma personne, généralement des discours injurieux dans lesquels la voix de personnes bien

connues de moi était souvent imitée. Ces discours contenaient rarement quelque chose de vrai, le plus souvent c'étaient d'abominables mensonges et des calomnies sur mon compte ou quelquefois sur d'autres personnes. — Souvent on répandait le bruit que c'était moi qui disais tout cela. — Ces sons, qui se prolongeaient constamment, se faisaient quelquefois entendre tout près de moi, ou bien ils semblaient être produits à une demi-lieue ou même à une lieue de distance. Ils sont en quelque sorte éjaculés et comme projetés violemment de mon corps, d'où ce bruit se répand et se propage autour de moi, surtout quand j'entre dans une maison ou dans un village, ou quand j'arrive dans une ville; voilà pourquoi depuis plusieurs années déjà je vis comme un ermite. En même temps, les oreilles me résonnent constamment et souvent avec une telle force qu'on pourrait l'entendre d'assez loin. Chaque arbre isolé, lorsque je m'en approche, même quand le temps est calme, produit des murmures et des sons qui ressemblent à des mots et à des discours. — Les voitures craquent et résonnent d'une façon tout à fait extraordinaire et font des contes et des histoires; il en est de même des fers des chevaux; le grognement des cochons fait des mots et des noms, les chiens aboient des injures et des reproches; il en est de même des canards, des oies et des poules, leurs cris figurent des noms, des mots, des fragments de discours. Un forgeron fait-il aller son soufflet et son marteau, il en sort des mots, des phrases et parfois des contes entiers, et il croit que tout cela se fait par ma volonté. Toutes les personnes qui m'approchent me parlent avec leurs pieds, à leur insu, et souvent elles me disent ainsi les choses les plus bizarres et les plus insensées; la même chose se produit quand on monte l'escalier; la plume avec laquelle j'écris produit aussi des mots articulés, des phrases et des discours, etc.... »

D'autres fois, les malades entendent une musique céleste, des concerts, etc.; souvent aussi ce sont des accusations, des paroles licencieuses, indécentes dont les femmes principalement se plaignent d'une façon très amère. Les sujets qui ont un phantasme de l'ouïe travestissent tous les bruits qu'ils entendent autour d'eux dans le sens de la disposition d'esprit ou de l'idée délirante qui les domine : par exemple, s'ils entendent quelqu'un monter l'escalier, ils se figurent que ce sont des gendarmes qui viennent pour les arrêter, etc. (1).

Une espèce particulière d'hallucinations de l'ouïe à laquelle il est à peu près impossible de donner un nom, ce sont des voix internes qui n'ont pas de timbre, qui ne font pas de bruit, de simples idées très vives, qui

(1) Dans l'*Attente* de Schiller, les illusions simples de l'ouïe dans l'état de santé sont décrites d'une façon qui peut servir d'exemple.

(*Note de l'auteur.*)

font croire aux malades qu'on leur parle, qu'on les interpelle; il y en a qui les désignent comme des « voix intellectuelles », comme des « voix de l'âme ». (Baillarger, *Hallucinations mentales.*) De là aux voix qui parlent fort et qui crient, il y a toutes les transitions possibles.

Le point de départ de ces phénomènes morbides de l'ouïe doit être placé en partie dans le quatrième ventricule et dans son voisinage; toutefois c'est là une hypothèse qui ne s'appuie pas beaucoup sur l'anatomie pathologique (1). Dans quelques cas on pouvait arrêter les phantasmes de l'ouïe en bouchant les oreilles; d'un autre côté, on a vu des hallucinations de l'ouïe chez des sourds.

§ 60. *Hallucinations de l'odorat.* — Elles sont plus rares que celles de la vue et de l'ouïe, et paraissent aussi appartenir plutôt aux périodes initiales de la folie. Sur 600 malades, M. Schlager (*Zeitschr. der k. k. Gesellsch. zu Wien*, 1858) a trouvé 27 cas dans lesquels il y avait une perversion de l'odorat qui donnait en partie à ces individus l'idée qu'on voulait les empoisonner, et les amenait à refuser les aliments (parce qu'ils croyaient leurs intestins pourris). Dans le plus grand nombre de ces cas cependant, la mauvaise odeur dont se plaignaient les malades était objective, extérieure, il n'y avait pas d'hallucinations; elles n'existaient réellement que chez cinq d'entre eux. — Presque toujours ce sont de mauvaises odeurs que les malades sentent: odeur de soufre, de charbon, puanteur cadavérique, etc. Par suite de ces hallucinations, ils se figurent souvent qu'ils vivent dans un air empoisonné, qu'ils sont entourés de cadavres, etc. M. Leuret (*loc. cit.*, p. 198) cite l'observation d'une femme qui sentait une odeur affreuse émanant de souterrains placés sous la Salpêtrière, dans lesquels on entassait une foule de cadavres. « Je lui présentai différentes odeurs qu'elle reconnut très bien et qui l'affectaient comme avant la maladie. » — J'ai observé moi-même un fait absolument semblable chez un jeune homme.

M. Sinogovitz rapporte un exemple intéressant de folie qui provenait en très grande partie de phantasmes de l'odorat:

« Un homme vif, affable, M. K....., était devenu peu à peu, depuis une année, pensif, taciturne, irritable, misanthrope; il prenait souvent des médicaments en cachette, et se défiait de plus en plus de toutes les personnes qui l'entouraient. Enfin il dit un jour : « Je me sens très malade, j'ai dans le corps un tas de pourriture qui me détruit l'intérieur. Tout le monde se moque de mon infirmité, et l'on s'éloigne de moi parce

(1) M. Foville dit avoir trouvé des adhérences de la surface du cervelet avec les membranes. Mais un prolongement du nerf acoustique semble aussi pénétrer dans les hémisphères cérébraux.

(*Note de l'auteur.*)

que je pue. » Ce pauvre homme menait une fort triste existence, son idée fixe devenait chaque jour plus forte, il disait qu'il avait la morve. Il quitta la ville et se mit à voyager pour voir si les personnes qui ne le connaissaient pas s'éloigneraient de lui à cause de sa mauvaise odeur. Un jour que, par hasard, un individu se mouchait en passant à côté de lui dans la rue et le regardait en même temps, K..... se jeta sur lui, en lui disant des injures, et lui donna un soufflet. On reconnut alors qu'il était fou ; on constata qu'il ne sentait pas du tout les odeurs ; il disait qu'il exhalait une odeur qui ressemblait à celle de l'urine de cheval, et se plaignait d'éprouver dans la bouche une saveur analogue. Il se livra alors à l'onanisme, et bientôt il commença à se plaindre de douleurs sourdes dans la tête, il maigrit et tomba bientôt dans la démence.

Chez un malade qui avait eu de fortes hallucinations de l'odorat, on trouva à l'autopsie un fongus de la dure-mère, gros comme une noisette, appliqué à la lame criblée de l'ethmoïde et entouré par les nerfs olfactifs. (*Rapport sur l'asile des aliénés de Vienne*, 1858, p. 266.)

Chez un autre sujet, qui pendant plus de six mois avait été constamment poursuivi par une odeur cadavérique, on trouva un abcès dans le corps calleux (Cabanis, cité par M. Morel, *Traité des maladies mentales*, p. 331). — Il semblerait, d'après quelques faits d'anatomie cérébrale fine, que l'insula (de Reil) dût être regardée comme un centre olfactif.

Hallucinations du goût. — Dans ce sens, les hallucinations véritables ne peuvent pas se distinguer des illusions ou fausses interprétations d'impressions gustatives réelles. Ici encore ce sont des sensations extrêmement désagréables dont se plaignent ordinairement les malades. Ils disent que tout a un mauvais goût, une saveur métallique acide, que tout ce qu'ils mangent est pourri, que c'est du sable, de la terre, etc., et par suite ils disent qu'on les empoisonne, ils prennent en haine ceux qui les entourent et refusent de manger, ce qui, comme on le pense bien, ne tarde pas à exercer sur l'organisme une très fâcheuse influence. Il est très rare que les aliénés accusent des sensations agréables du goût, croient manger des choses exquises.

§ 61. — Dans la peau et les intestins, les hallucinations et les illusions ne peuvent plus se distinguer, ou plutôt les phénomènes que l'on observe de ce côté, en tant qu'ils ne tiennent pas à un état d'anesthésie, doivent ordinairement être considérés comme des illusions, l'anomalie spécifique consistant dans le fait même de la fausse interprétation de sensations, comme on en observe à l'état normal ou dans les états morbides les plus différents. Au début, ces illusions consistent simplement en ceci, que le malade compare, d'une façon fantastique, certaines sensations douloureuses à des phénomènes analogues. Ainsi, les hypochondriaques disent d'abord seulement qu'il leur semble que des couleuvres courent sous

leur peau, qu'ils ont des grenouilles dans le ventre ou un oiseau qui siffle dans leur poitrine, ou encore, — expression que j'ai entendue une fois, — un jeune chien qui boit de l'eau dans leur tête. Mais lorsque ces sensations se prolongent, et, sous l'influence de circonstances extérieures propices et de l'augmentation progressive de la désharmonie intérieure avec laquelle l'individu commence bientôt à s'étudier sérieusement, cette comparaison, qui d'abord n'était qu'imaginaire, se transforme en un délire complet; alors les sensations anomales de la peau ou bien un jeu morbide des muscles donne lieu à des idées fixes, dans lesquelles ces sensations sont attribuées sérieusement soit à une cause intérieure fantastique (araignées, grillons et autres animaux que les malades ont dans le corps, ou bien tel ou tel de leurs organes est possédé d'un esprit malin, etc.), soit à des influences extérieures nuisibles (magnétisme, expériences de physique, etc.). Ainsi on voit des malades qui, éprouvant quelques douleurs à la peau, se figurent qu'on les pique, qu'on les saisit par les bras ou qu'on les attache; d'autres, ressentant des sensations anormales dans le ventre ont l'idée qu'ils ont dans le ventre le diable, le jugement dernier, le crucifiement du Christ (1), etc. — Toutes les parties du corps peuvent être le point de départ de ces idées délirantes. Un jeune homme me dit un jour qu'il avait senti le diable, hérissé et velu, le saisir au cou (globe hystérique?); un autre, cité par M. Sinogowitz, se bouchait les narines pendant la nuit, parce qu'il lui entrait dans le nez des vers venimeux; une femme dont parle Bergmann voyait dans sa poitrine un corps lumineux, rond, qui tournait constamment en cercle, etc.

Les illusions sexuelles méritent une attention toute spéciale, en ce que des sensations sexuelles normales ou anomales font souvent naître chez les hommes l'idée que d'autres personnes les poussent à l'onanisme, et chez les femmes l'idée de grossesse, l'idée d'un accouchement toujours imminent, de l'union des sexes avec un amant imaginaire, avec le diable, etc.; en ce que ces sensations en général deviennent souvent la source de la folie amoureuse, qu'elle s'exprime sous forme de sentimentalité ou de nymphomanie (2).

(1) Une malade d'Esquirol avait ce délire. « Je n'y puis plus tenir, disait-elle quelquefois, quand fera-t-on la paix de l'Église? » (Esquirol, *Malad. ment.*, t. I, p. 212.) — Un malade, à Winnenthal, cria pendant des mois entiers : « Cessez et laissez-moi aller ! » Il croyait tantôt qu'il était tourmenté par un être qu'il avait dans le ventre, tantôt qu'un bœuf imaginaire le frappait avec ses cornes.

(Note de l'auteur.)

(2) J'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques* une curieuse observation de ces hallucinations génitales, observée chez une jeune fille chlorotique. Cette

Il est très ordinaire de voir les hallucinations et les illusions des divers sens liées les unes aux autres, et les travaux qui traitent de ce sujet (Hagen, Esquirol, Leuret, Bottex) offrent de nombreux exemples dans lesquels de fausses perceptions de tous les sens formaient les phénomènes les plus importants et les plus frappants de la folie. Au point de vue pratique, on ne saurait assez insister sur ce fait, que les idées délirantes des sens doivent être recherchées avec le plus grand soin, que souvent elles sont le résultat de conditions organiques qu'il est possible de combattre, circonstance qui a une très grande importance au point de vue du plan thérapeutique. A ce point de vue, il faudrait, — ce qui a été jusqu'ici complétement négligé, — dans les hallucinations des trois sens supérieurs, examiner avec une attention particulière les états de leur nerf accessoire de la cinquième paire : dans plusieurs cas, les hallucinations de la vue et de l'ouïe m'ont paru être provoquées par des douleurs névralgiques de ces nerfs.

J'ai vu, il y a un certain nombre d'années, un fait remarquable qui débuta par des hallucinations de plusieurs sens. Un homme s'en revenait chez lui, un soir, au clair de la lune, d'un voyage à pied dans lequel il s'était beaucoup fatigué. Tout à coup il lui sembla voir un gros animal semblable à un dragon, qui se roulait dans un fossé plein d'eau au bord de la chaussée ; il devint extrêmement inquiet et se sentit en même temps saisi très douloureusement à l'épaule droite par cet animal ; cependant il put, — comme il le disait, — se sauver en courant. Immédiatement il tomba malade, et bientôt il se forma un épanchement pleurétique remplissant toute la moitié droite de la poitrine, et dont le malade mourut quelques mois après. J'ai assisté à l'autopsie.

CHAPITRE III.

TROUBLES ÉLÉMENTAIRES DU MOUVEMENT.

§ 62. — On trouve chez la plupart des aliénés des troubles légers, peu considérables, du mouvement musculaire, changements dans l'intonation de la voix, lenteur ou rapidité excessive de la contraction des

observation est en partie tracée par la malade elle-même, qui a décrit dans des lettres non-seulement les symptômes étranges qu'elle éprouvait, mais encore les moyens employés par elle pour en prévenir le retour. (*Annales médico-psychologiques*, t. V, p. 147, 1845.) (B.)

muscles, etc. (1). Il n'est pas rare de voir également un certain degré de roideur et de rigidité ou d'atonie des muscles, cette dernière surtout dans les états d'affaiblissement ; la lourdeur dans les mouvements de tout le corps, y compris les organes de la parole, allant parfois jusqu'à la roideur cataleptique et l'immobilité d'une statue, est propre en particulier à ce que l'on appelle les états d'extase (voy. § 51), dans lesquels l'activité des sens est en même temps plus ou moins suspendue (le plus souvent avec hallucinations), et le malade est plongé intérieurement dans une joie mystique inexprimable, dans le ravissement, ou bien se trouve dans un état d'émotion violente, douloureuse. Cette roideur musculaire générale, modérée et de courte durée, peut survenir dans les formes les plus légères et les plus curables de la folie, et n'aggrave pas le pronostic; cependant on a vu quelquefois la mutité persister (Guislain). Ce qui est bien autrement grave, ce sont d'une part les contractures locales, inter-

(1) Plusieurs auteurs ont admis, comme semble le faire ici M. Griesinger, qu'il y a, dans beaucoup de cas de folie simple, des troubles légers du système musculaire. Ils ont même cru trouver dans ce fait un argument contre l'opinion qui tend, pour ainsi dire, à spiritualiser la folie et à faire prédominer le traitement moral.

Peut-être est-ce aller trop loin que de considérer, comme ils l'ont fait, la rapidité ou la lenteur des mouvements chez les maniaques et les mélancoliques comme un trouble du système musculaire.

Ces malades, en effet, peuvent jusqu'à un certain point être comparés aux hommes en proie à la colère ou abattus par un violent chagrin. L'état des mouvements est, dans tous les cas, en rapport avec la rapidité ou la lenteur des déterminations, et il n'est pas nécessaire de faire intervenir d'autre lésion que celle des facultés intellectuelles et morales.

Il importe d'ailleurs de faire remarquer que la manie et la mélancolie, bien qu'appartenant par leur mode de production, leurs symptômes et leur marche à la classe des névroses, ont dans leurs degrés extrêmes une grande tendance à perdre ce caractère et à se rapprocher des maladies cérébrales d'une nature toute différente ; de là leur terminaison dans certains cas par le délire aigu.

Or beaucoup de maniaques et de mélancoliques arrivent ainsi à un état plus aigu qui rétrograde bientôt sans entraîner une terminaison funeste. Des symptômes légers commencent en effet à se montrer alors du côté du système musculaire; mais ces symptômes ne doivent pas non plus être rattachés à la folie simple.

Les mêmes remarques pourraient s'appliquer aux cas extrêmes de mélancolie avec stupeur. On constate assez souvent dans ces cas des tremblements des lèvres, de l'inégalité des pupilles ; mais ici encore il ne s'agit pas de folie simple, car la stupeur portée très loin entraîne dans la circulation des modifications spéciales et suffisantes pour donner l'explication des faits observés.

Dans la période d'exaltation de la folie à double forme, des symptômes légers du côté des mouvements accompagnent parfois le délire ambitieux ; ces symptômes

rompues de temps à autre par de la paralysie, et d'un autre côté les états convulsifs partiels ou étendus. Un *grimacement* automatique, persistant, le strabisme survenant pendant la folie, une contraction ou une dilatation exagérée des pupilles, l'inégalité des pupilles, les convulsions douloureuses des muscles du cou, ces mouvements convulsifs désordonnés des membres qui donnent souvent à la marche une irrégularité toute particulière ou qui leur font faire des sauts bizarres, tous ces phénomènes ont une signification fâcheuse, et leur persistance indique d'ordinaire que la maladie est devenue incurable. Un tremblement constant, le grincement des dents, des symptômes choréiques survenant chez des aliénés adultes, les mouvements circulaires automatiques, l'action forcée de marcher en arrière, indiquent, du moins le plus souvent, l'existence définitive d'une maladie organique grave du cerveau, bien que, d'après quelques observations de guérison obtenue en pareil cas, on puisse attribuer la production de ces phénomènes à une simple irritation nerveuse ou à une maladie passagère du cerveau. Mais les plus graves anomalies du mouvement chez les aliénés, et qui malheureusement ne sont que trop fréquentes, ce sont les phénomènes d'épilepsie et de paralysie générale ;

sont dus à un état congestif passager qui se dissipe sans que la paralysie générale en soit la conséquence. Je crois donc qu'il conviendrait, pour juger cette question, de s'en tenir aux cas si nombreux de délires partiels qui représentent bien mieux que la manie et la mélancolie le véritable type de la folie. La monomanie, en effet, par la limitation du délire, est bien la vésanie par excellence, celle qui s'éloigne le plus des maladies aiguës du cerveau. Or, le délire est ici isolé de toute lésion même légère des mouvements.

On comprend d'ailleurs que bien des causes d'erreur se présentent dans l'examen de cette question.

Rappellerai-je, par exemple, qu'on est très éloigné d'être d'accord sur ce qu'on doit entendre par folie simple, comme le prouve la singulière dissidence qui divise encore les médecins aliénistes sur les rapports de la paralysie générale et de la folie, les uns soutenant, comme le fait M. Calmeil, qu'ils observent *souvent* des folies simples qui se transforment en paralysie générale, les autres au contraire admettant que cette maladie est primitive, et que les cas où elle succède à la folie sont si rares, qu'ils sont tentés de les expliquer par une observation incomplète. Tant que cette dissidence n'aura pas cessé, la question des lésions légères des mouvements dans la folie simple ne saurait être jugée, les uns appelant folie simple ce que les autres nomment déjà folie paralytique.

Une autre considération, c'est que certains malades qui ont offert des signes légers de nature à faire prévoir l'invasion prochaine de symptômes de paralysie générale évitent cette fâcheuse terminaison, et tombent dans la démence simple. Si l'on ignore le début de la maladie, ou si le sujet n'a été qu'incomplétement observé, on pourra trouver chez ces déments des lésions légères des mouvements qu'on rattachera faussement à la folie simple. (B.)

mais en raison de leur importance, nous nous occuperons spécialement de ces deux affections dans une autre partie de cet ouvrage (livre III, section 4, *Complications de la folie*).

Quand il y a une mutité complète, laquelle dure souvent plusieurs années, et quelquefois dix ans et plus, il faut avant tout distinguer si le malade ne *veut* rien dire (par simple entêtement morbide), ou s'il ne *peut* rien dire (état chronique de catalepsie, mélancolie profonde, stupeur, démence). — La force et l'intonation de la voix correspondent en général à la disposition dominante de l'esprit.

On voit parfois survenir chez les aliénés un roulement convulsif des yeux (nystagmus) : ce phénomène me semble appartenir à la période de transition de l'état aigu à l'état chronique, et être par cela même d'un pronostic fâcheux. — Les modifications dans la motilité de l'iris sont beaucoup plus fréquentes. C'est dans la démence paralytique que l'inégalité des pupilles s'observe le plus souvent ; elle est beaucoup plus rare dans les cas simples de manie ou de mélancolie, et dans ces deux maladies elle s'observe surtout dans les cas chroniques, à marche insidieuse et d'un pronostic fâcheux. Dans quelques cas aussi l'inégalité des pupilles ne disparaît que dans la convalescence. — Un fort rétrécissement des pupilles dans la manie est chose très grave, il annonce généralement le passage à la démence paralytique. — Dans la folie, comme dans une foule d'autres affections cérébrales et nerveuses, il n'est pas toujours possible de dire si les anomalies de la pupille proviennent d'un état convulsif ou paralytique, toutefois cette dernière hypothèse semble généralement plus vraisemblable. (Voyez Mérier, *Gazette des hôpitaux*, 1852 ; Seifert, *Zeitschr. f. Psych.*, t. X, 1853 ; Richarz, *ibid.*, t. XV, 1858.)

SECTION V.

SUR LA FOLIE EN GÉNÉRAL.

CHAPITRE PREMIER.

ANALOGIE DE LA FOLIE AVEC DIVERS ÉTATS.

§ 63. — Ce que nous aurions à dire sur la folie en général, sur sa marche, ses modes de terminaison, etc., cela ne peut, en raison des différences extraordinaires que présentent les cas particuliers, se déduire que de l'étude des formes mentales. Mais il nous paraît extrêmement utile, pour bien comprendre l'histoire générale de la folie, d'examiner les analogies qu'elle présente avec divers états, et en particulier avec le rêve et le délire fébrile.

Une chose qui pourrait déjà nous mettre sur la voie de la grande analogie de la folie avec les états de rêve, c'est la simple assurance que nous donnent très souvent les malades après leur guérison, que pour eux, tout le temps qu'a duré la folie leur apparaît actuellement comme un rêve tantôt heureux, tantôt, et beaucoup plus souvent, pénible et lugubre, et que pour quelques-uns, pendant la folie, leur vie antérieure, normale, leur faisait seulement l'impression d'un rêve passé.

Il est vrai que chez les aliénés les principaux signes du sommeil manquent, à savoir, l'occlusion des sens extérieurs, la suppression de la conscience du monde extérieur et de l'influence de la volonté sur les muscles, toutes choses que nous sommes habitués à regarder comme les conditions du sommeil et des rêves. Mais, d'un côté, on sait que l'on rêve d'autant plus que le sommeil est moins profond, et qu'il existe des états de sommeil dans lesquels nous pouvons encore exercer sur nos muscles une influence assez grande, et qui parfois même diffère peu de celle que nous possédons à l'état de veille (personnes qui parlent en dormant, postillons qui continuent, tout en dormant, à conduire leurs chevaux, somnambules). D'un autre côté, toute la sphère de ces actes sensoriaux, qui ne sont pas le résultat d'une excitation extérieure des organes des sens, et qui cependant peuvent acquérir une vivacité tout aussi grande (actes qui jouent un si grand rôle dans les maladies mentales), toute cette sphère, dis-je, peut être considérée comme des phénomènes de rêves, dans le sens large de ce mot. Enfin on voit chez les aliénés des

états de la sensibilité et du mouvement, — faiblesse des impressions sensoriales qui n'arrivent plus de la même manière qu'auparavant, jusqu'à l'individu, diminution de l'influence de la volonté sur les muscles, qui se traduit par une grande lenteur dans les mouvements, et quelquefois par la persistance cataleptique de certaines positions forcées, — états qui, par leur coïncidence avec l'obscurcissement de la conscience, rappellent beaucoup ce qui se passe au commencement du sommeil.

Dans le fait, l'analogie de la folie avec le rêve doit s'entendre en particulier des rêves dans l'état intermédiaire au sommeil et à la veille. Chez les enfants, on voit quelquefois, surtout dans des maladies légères, qu'ils sont bien endormis, et que cependant ils parlent, par exemple, ils comprennent leur mère, ils lui répondent, ils ouvrent même leurs yeux et la reconnaissent, et cependant ils continuent encore à rêver, et en particulier ils ne peuvent pas se soustraire à des idées qui les tourmentent dans leurs rêves. — Ce sont également des états intermédiaires entre le sommeil et la veille, états qui présentent des gradations et des nuances infinies, qui favorisent d'une façon extraordinaire l'apparition des illusions et des hallucinations (§ 56), et qui se distinguent par un mouvement déréglé de l'imagination et par l'incohérence de l'intelligence. Ils succèdent à un état de somnolence, dans lequel l'individu est lourd, engourdi, silencieux; ses sens sont obtus, les impressions visuelles se brouillent, les sons paraissent venir de loin; la conscience s'obscurcit; les réponses sont lentes, tardives; on s'oublie à demi au milieu d'une conversation; tout comme nous voyons souvent qu'au commencement de la folie il y a d'abord un affaiblissement de la réaction sensitive et motrice par rapport au monde extérieur, et qu'alors seulement apparaît un monde de fictions et d'idées qui se succèdent les unes aux autres d'une façon incohérente, au milieu desquelles le malade ne sait plus s'orienter. Cet assoupissement graduel de la perception et de la volonté, qui constitue le sommeil normal, ne peut pas se produire en raison de l'agitation (douloureuse) persistante à laquelle est en proie l'individu qui devient fou, et même l'insomnie est très-ordinaire au début de la folie, bien que l'individu ait l'air affaissé et assoupi.

Bichat a dit : « Le sommeil général est l'ensemble des sommeils particuliers. » Dans le fait, chaque sens et chaque face de l'activité mentale peuvent se trouver dans le même moment éveillés à un degré différent, l'un plus que l'autre. Chez les somnambules il y a encore quelques facultés qui sont très éveillées, et un rêve mis en action peut avoir l'apparence, tantôt du somnambulisme, lorsqu'il est de courte durée, tantôt de la folie, quand il se prolonge.

§ 64. — Ce qui détermine la couleur essentielle, la modalité du rêve comme de la folie, c'est la disposition qui domine actuellement l'esprit,

disposition qui peut aussi bien résulter des événements de l'ordre moral survenant pendant l'état de veille, qu'être provoquée par un changement dans les états organiques arrivant pendant le sommeil ; sous ce rapport, tous les états de congestion et toutes les impressions morbides ayant leur source dans les organes de la digestion et en général dans les viscères abdominaux, ont une influence considérable. Les sentiments dominants de joie ou de peine appellent des images adéquates, donnent des formes sensibles à des productions imaginaires qui n'en avaient pas, et font croire aux malades que ce sont des perceptions réelles ; et les sensations transmises du dehors viennent frapper, aussi bien chez l'individu qui rêve réellement que chez l'aliéné, sur un centre préoccupé, entièrement rempli par la disposition d'esprit dominante, et sont transformées et interprétées dans le sens des sentiments et des idées qui dominent l'individu. Mais d'un autre côté on observe dans l'un et l'autre cas la même séparation de la personnalité et le même torrent émotionnel, quand un groupe d'idées et de sentiments inusités et hostiles vient fondre sur le *moi*, et le rêve et la folie sont aussi industrieux l'un que l'autre à rapporter à l'extérieur et à dramatiser les images subjectives de tous les sens (hallucinations).

Dans les rêves cela se produit d'une façon toute particulière pour les sensations provenant du corps, qui se transmettent au cerveau avec une exagération surprenante et qui exercent une influence tout à fait caractéristique sur l'imagination. Quand on dort les bras croisés, quand quelque chose presse les bras ou la poitrine, cela peut faire rêver qu'on vous attache, que l'on tombe dans un précipice, que l'on subit un supplice, etc. ; un courant d'air qui souffle sur nous pendant le sommeil, fait rêver à un voyage sur mer et à toutes les circonstances qui peuvent s'ensuivre ; la chaleur des pieds nous fait rêver à une marche forcée ou que l'on monte sur une montagne qui vomit du feu ; une piqûre légère éveille la vision d'épées nues ; les sensations d'anxiété physique résultant d'une oppression de la respiration provoquent tantôt l'idée d'un monstre qui est assis sur nous, tantôt des histoires dramatiques de crimes commis, contre lesquels cependant notre *moi* réel, qui n'est pour rien dans toutes ces pensées, proteste vivement, etc. (1). Tout cela se rapproche beaucoup du rêve éveillé des mélancoliques ; et dans l'un et l'autre de ces états l'individu ne reconnaît pas que tout cela n'est que jongleries, à cause du manque de réflexion, du relâchement et de l'anéantissement partiel du *moi*, et aussi parce que le contrôle des sens est impossible, dans le rêve parce

(1) Voyez, sur ce sujet, les curieuses expériences que M. A. Maury a faites sur lui-même et qu'il a publiées dans son ouvrage *Sur le sommeil et les rêves* (p. 125 et suiv.)

que les sens sont engourdis, et que dans la folie ils sont le siége d'images fausses (hallucinations). Herrmann rapporte que s'étant endormi un jour avec des coliques, il rêva qu'on lui avait ouvert le ventre et qu'on préparait sur lui le grand sympathique: nous avons rapporté (§ 61) des exemples d'interprétations analogues de sensations anormales chez des aliénés.

Dans l'état de rêve, comme dans l'aliénation, on accepte tout, même les choses les plus bizarres et les plus singulières, comme des choses possibles, et l'on ne s'en étonne pas : la chose la plus absurde se transforme en une vérité indubitable quand la masse d'idées qui pourrait corriger cette erreur reste inactive. On peut rêver de la solution d'un problème scientifique, et quand on est arrivé à le résoudre, on est tout rempli de joie et du sentiment de ce succès; on se réveille, et l'on trouve une pensée très ordinaire et fausse. De même il y a des aliénés qui ont découvert tout à coup le mouvement perpétuel ou une idée mécanique qui doit changer toute la surface de la terre, etc... ; ils sont dans le ravissement de leurs découvertes, mais ce qu'ils nous démontrent est absurde; et après leur guérison, ils ne peuvent pas comprendre qu'ils ne se soient pas aussitôt aperçus de la grossièreté de leur erreur.

§ 65. — Les rêves très agréables, ravissants, lumineux, sont très rares dans l'état de santé, le plus souvent ils surviennent à la suite d'un épuisement physique ou moral profond, et nous voyons souvent ici des idées qui étaient supprimées pendant la veille se reproduire d'une façon dominante en images de rêves. Au malheureux qui souffre physiquement et moralement, le rêve procure ce que la réalité lui refusait, le bien-être et le bonheur. Trenk en prison et souffrant de la faim rêvait souvent qu'il faisait de splendides repas; le mendiant rêve qu'il est riche; celui à qui la mort a enlevé un être qu'il chérissait, rêve volontiers qu'il lui est uni d'une manière intime et pour toujours, etc.... De même chez les aliénés, l'état d'émotion douloureuse morbide auquel ils sont en proie, l'état de rêve profond dans lequel ils sont plongés, fait naître des idées et des sentiments tout opposés, provoque des images lumineuses de bonheur, de grandeurs, d'honneurs, de richesse, etc., et dès que, par suite d'un changement survenu dans l'état du cerveau (mais sans qu'il y ait guérison), l'oppression des sensations douloureuses disparaît, la misère morale qui existait antérieurement se transforme volontiers en une manifestation bruyante de l'orgueil et de la présomption des maniaques. C'est ainsi que l'on voit en particulier la possession supposée de richesses, l'accomplissement imaginaire de choses que l'on désirait, et dont la non-réalisation constituait un élément moral de la folie, faire si souvent le sujet principal du délire des aliénés; c'est ainsi que l'on voit une femme qui a perdu son enfant délirer dans le sens de la joie mater-

nelle, un homme qui a perdu sa fortune se croire extraordinairement riche, la fille trompée se croire tendrement aimée par un amant fidèle, etc.

Une foule d'autres phénomènes du rêve et de la folie présentent encore une grande analogie. Ainsi quelquefois les aliénés, comme les individus qui rêvent, n'ont aucune idée des mesures de temps, les minutes deviennent des heures, de même qu'en rêve nous traversons des années entières en un quart d'heure, et des événements qui, pour leur accomplissement réel, demanderaient des mois, semblent pour l'aliéné s'être passés dans un délai très court. — Dans ces deux états, les sensations musculaires (qui font croire que l'on vole, que l'on se précipite, etc.) et les hallucinations des sens jouent le rôle principal, et ces dernières servent en particulier à exprimer certaines situations qui sont provoquées par une disposition dominante de l'esprit comme correspondantes à celle-ci, tandis que les complexus d'idées du *moi*, qui pourraient mettre de l'ordre dans ce chaos, sont affaiblis ou détruits, luttent d'une façon douloureuse avec le nouveau fond de la vie de l'âme, ou sont violemment entraînés par ces nouvelles idées dans une direction déterminée.

Des faits très intéressants, mais plus rares, sont ceux où l'on a vu survenir, au lieu du sommeil normal, une folie intermittente et qui présentait un caractère intermédiaire au rêve et au somnambulisme. M. Guislain rapporte un fait de ce genre, et il juge que d'une manière générale on peut établir qu'il existe une certaine analogie entre la folie et l'état de rêve. On doit ranger dans la même catégorie les cas dans lesquels un état de rêve éveillé vient subitement interrompre l'état de veille ordinaire, qui reprend son cours habituel dès que l'autre cesse. Une dame était sujette à des paroxysmes de ce genre : tout à coup, au milieu d'une conversation, elle s'arrêtait et se mettait à parler d'autre chose; puis, au bout de quelques instants, elle reprenait la conversation à la phrase et, qui plus est, au mot même où elle s'était arrêtée, et n'avait pas le moins du monde conscience de l'interruption qu'elle avait faite. Une dame de New-York fut prise brusquement de délire pendant qu'elle travaillait à une broderie précieuse ; elle resta malade pendant sept ans, et guérit alors en peu de temps; elle reprit sa broderie et se remit à travailler aussi tranquillement que si elle avait laissé son ouvrage de côté pendant une heure seulement (?). (Prichard, *Ann. méd.-psych.*, t. I, 1843, p. 336.)

Lorsque l'aliénation mentale est déjà préparée par avance, un rêve rempli d'émotion peut en hâter l'explosion; quelquefois on y voit déjà dominer le sujet sur lequel roulera plus tard le délire. Ce rêve est lui-même le résultat de l'irritation dont le cerveau est le siége ; il agit en

ébranlant les sentiments affectifs et son action retentit ensuite avec force sur notre vie pendant l'état de veille (1).

§ 66. — Certains états de folie ressemblent d'une façon particulière à ce que l'on appelle les états de sommeil magnétique, qui s'observent dans les maladies nerveuses chroniques, surtout dans les cas de délabrement profond de la constitution. Ce sentiment de bien-être extraordinaire à divers degrés, ces sensations indescriptibles qui semblent ne plus être de ce monde, se retrouvent dans la grande satisfaction et le grand contentement que manifestent certains maniaques, dans ce sentiment de bien-être dans lequel certains aliénés se plongent avec délice, sentiment qu'ils ne savent plus comment exprimer, et pour lequel ils choisissent toujours l'image de la réunion avec la Divinité. Ces nouvelles

(1) Il semble qu'il suffit même d'une simple prédisposition. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels la folie a éclaté à la suite d'un rêve qui avait produit une émotion très vive et sans que rien auparavant eût éveillé l'attention. Une femme dont le mari était poursuivi pour conspiration se couche à dix heures, très bien portante et n'ayant jusque-là présenté aucun signe précurseur de folie. Deux heures plus tard, elle se réveille, criant qu'on arrête son mari, qu'on va le tuer, et en proie à la plus vive agitation. Cette agitation n'a pas cessé et un long accès de manie a succédé au rêve.

Quant à l'explosion complète de la folie au milieu du sommeil, elle n'est pas très rare.

MM. Braudeis et Moreau ont rapporté l'observation curieuse d'un malade atteint de manie intermittente et dont tous les accès commençaient subitement au réveil; il suffisait même d'un sommeil très court pour que ce délire éclatât.

Quelquefois le délire n'est évidemment que le rêve continué. C'est ce qui avait eu lieu chez une dame pour laquelle j'ai été consulté ; cette dame prétendait être enceinte d'un jeune homme qu'elle désignait et qui passait chaque jour sous ses fenêtres pour se rendre à son bureau. Elle affirmait qu'il s'était introduit chez elle la nuit, et qu'à son réveil elle l'avait entendu fuir par la cheminée ; elle croyait même avoir remarqué la trace de ses pieds sur la cendre du foyer. Tout cela n'était évidemment qu'un rêve qui avait persisté au réveil.

M. Dagron a publié, dans les *Archives cliniques*, le fait très curieux d'une demoiselle qui accusait un sous-préfet d'avoir abusé d'elle à l'aide d'un narcotique. Elle se croyait aussi en état de grossesse et avait mis à part la chemise qu'elle portait la nuit de son prétendu déshonneur ; elle avait apposé sur cette chemise une étiquette rappelant la date du fatal événement. Depuis lors elle nourrissait des projets de vengeance qu'elle a failli plusieurs fois mettre à exécution et qui la rendaient très dangereuse.

Dans tous les cas de ce genre, il s'agit évidemment de rêves érotiques qui se sont continués au réveil.

J'ai déjà parlé des rêves ambitieux qui précèdent quelquefois l'explosion du délire des paralytiques. (B.)

expressions, que certains somnambules se figurent être le langage prétendu du royaume des esprits ; cette tendance à s'occuper mystiquement de la construction de l'univers et en général des problèmes les plus élevés de la pensée humaine, et cette recherche de langage chez des gens sans éducation, tout cela se retrouve, combiné de la même manière, chez certains individus atteints de folie systématisée, et la liberté beaucoup plus grande des mouvements chez ces derniers constitue dans quelques cas la différence capitale.

Il paraît même que l'exaltation magnétique, comme l'agitation maniaque, se développe assez fréquemment à la suite d'un état douloureux antérieur, et qu'ensuite il se produit une domination, résultat d'une lutte, d'une part sur les souffrances corporelles et spirituelles dans l'état de veille, d'autre part (et cela d'après nos observations personnelles) sur ces sombres images de rêves accompagnés de cauchemar, qui constituent la première période de l'état magnétique. La confirmation ultérieure de ce dernier ordre de faits serait très importante au point de vue de l'analogie dans la marche de ces deux séries d'états morbides. Chez les somnambules également, leur savoir, — que toutes les expériences nous montrent si misérable, — leur est le plus souvent communiqué par l'intermédiaire d'hallucinations (de la vue et de l'ouïe) ; la plupart des analogies que nous avons signalées dans les paragraphes précédents avec les autres états de rêve, existent également pour ces états magnétiques ; en particulier, le souvenir ultérieur du rêve magnétique n'est pas aussi rare que quelques individus l'ont supposé.

Bien que tous les états de folie n'aient pas au même degré le caractère de rêve, bien que ce caractère soit le plus souvent très tranché dans quelques états de folie primitive, en particulier dans la mélancolie avec stupeur, dans laquelle par le fait le commerce avec le monde réel est extrêmement limité, et quelquefois aussi dans certains états de manie, bien qu'au contraire d'autres formes, surtout secondaires, comme la folie systématisée, nous offrent tous les signes d'un état de veille complète, d'un commerce en apparence raisonné avec le monde extérieur, on pourrait encore demander toujours si cet état de veille dans lequel le malade renie toute sa vie antérieure, ou l'oublie complétement, dans lequel il vit plongé extérieurement dans le monde faux de ses hallucinations, et intérieurement dans ses rêveries et ses conceptions délirantes, si cet état de veille, dis-je, n'a pas plus d'analogie avec divers états magnétiques qui voilent incomplétement notre vie pendant le jour, qu'avec la veille que notre expérience propre nous apprend à reconnaître comme normale.

La question de l'analogie de la folie avec les rêves a été traitée dans ces derniers temps par plusieurs auteurs, et surtout par M. Moreau (*Ann.*

méd.-psych., 1855, M. Maury (*ibid.*, 1853) et M. Holland (*Chapters on mental physiology*) (1).

§ 67. — De même que la folie ressemble à des états de rêve tantôt superficiels, tantôt profonds, qui ne diffèrent entre eux que par le sujet sur lequel ils roulent, de même nous trouvons les modifications les plus multiples dans le travail psychique à l'aide duquel l'individu, quand la maladie cérébrale est guérie, revient à l'état de santé. La guérison ressemble parfois au simple réveil : tandis que l'individu, étonné, cherche à se reconnaître, les masses d'idées qui appartiennent à la maladie se dissipent en peu de temps et font place à l'ancien *moi* qui apparaît de nouveau dans toute son intégrité et dans toute sa force. D'autres fois les conditions morbides disparaissent plus difficilement, et comme le *moi* reprend lentement ses forces, la guérison ne se fait que par suite d'une lutte pénible, dans laquelle il a besoin, pour recouvrer toute son énergie, d'être aidé, encouragé et dirigé par une volonté étrangère. Il est assez fréquent cependant que l'on n'arrive pas à extirper jusqu'au dernier fil de cette trame d'idées délirantes, et même que l'individu après sa guérison conserve, pour longtemps ou pour toujours, comme vestiges de sa maladie, certains tics, certaines bizarreries, certaines aberrations, ou quelques perversions des sentiments; enfin il peut même parfois présenter un changement notable du caractère, résultat ultérieur de la maladie.

Il est inadmissible de rapporter ces phénomènes à la sphère morale, à laquelle ils appartiennent tout aussi peu que ceux qui caractérisent le début de la folie; mais ce qui est certain, c'est que pour le convalescent dont les habitudes antérieures n'avaient pas été régulières, une conduite morale et bien réglée est absolument nécessaire, et qu'assez souvent l'aliéniste a alors, à l'égard du malade, de nouveaux devoirs à remplir, à

(1) Cette question des analogies des rêves et de la folie a été discutée à l'Académie de médecine en 1855, à l'occasion d'un mémoire adressé à cette Société savante par M. Moreau. Dans cette discussion, j'ai soutenu les analogies très réelles des rêves et de la folie, mais je n'ai pas cru devoir, avec M. Moreau, aller jusqu'à admettre l'*identité* des deux états. Cette identité, comme je l'ai fait remarquer, est d'ailleurs assez difficile à comprendre avec les idées de M. Moreau lui-même. Dans son mémoire, il présentait la folie comme « un état mixte, résultant de la fusion de l'état de sommeil avec l'état de veille ». Or, s'il en est ainsi, comment la folie serait-elle identique avec l'état de rêve ? N'est-il pas impossible, en effet, qu'un état qui résume en lui les caractères de deux états opposés, soit identique avec l'un de ces deux états ? C'est donc aller trop loin que de parler d'identité entre la folie et les rêves.

Quant aux analogies, elles sont très évidentes, et on doit s'étonner qu'elles aient pu être contestées. (Voyez le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX.) (B.)

exercer une nouvelle influence qui le plus souvent, il est vrai, aurait dû faire l'objet de l'éducation de l'individu pendant sa jeunesse.

Des faits très intéressants sont ceux où l'on voit, peu de temps avant la mort, l'intelligence recouvrer toute son intégrité ou au moins offrir une amélioration marquée. C'est chez les maniaques que ce fait est surtout fréquent; chez les mélancoliques il est un peu plus rare; presque jamais on ne l'observe dans les formes secondaires de folie systématisée ou de démence; dans les cas où il y a des lésions anatomiques profondes du cerveau, où les conceptions délirantes ont complétement envahi et dissocié le *moi*, les conditions fondamentales du retour de l'intelligence à l'état normal paraissent faire défaut. Mais combien de temps faut-il pour que les choses en viennent là? C'est ce que l'on ne saurait déterminer.

M. Brierre de Boismont rapporte le fait d'un jardinier qui devint fou à l'âge de vingt-deux ans, à la suite d'une violente frayeur que lui fit dans un bal masqué un individu déguisé en ours; pendant *cinquante-deux ans*, il ne parla pour ainsi dire jamais, et semblait imiter les grognements et le balancement propres à cette espèce d'animaux. Une semaine avant sa mort, il fut pris de diarrhée et d'œdème; il commença alors à répondre, son intelligence était sans doute très limitée, mais l'enchaînement de ses idées était assez juste et assez coordonné.

Dans les cas où l'affection cérébrale est survenue consécutivement à des maladies d'autres organes internes, et consiste encore dans une simple irritation nerveuse ou une hypérémie légère, on est bien plus en droit d'attendre cette amélioration de l'état intellectuel avant la mort, et elle s'explique beaucoup mieux aussi; elle offre beaucoup d'analogie avec la cessation de certaines douleurs avant le moment de la mort. On aurait même vu des cas, extrêmement rares, il est vrai, où des déments (paralytiques) ont recouvré, quelque temps avant de mourir, une grande partie de leurs souvenirs perdus et une certaine rectitude du jugement. Il est vrai qu'il y a encore loin de là à l'état de raison. M. Hoffmann fait observer avec justesse que cet état de raison, qui apparaît chez ces malades peu de temps avant la mort, n'est que le rétablissement d'un équilibre entre les forces de l'âme qui avaient subi une diminution, mais que les choses passées ou futures, et que les relations les plus importantes de la vie restent encore dans l'obscurité.

L'amélioration mentale avant la mort ne coïncide pas toujours avec une aggravation notable des symptômes physiques; il y a des cas où le malade passe pour guéri, et ensuite il est rapidement enlevé par une mort brusque. Il est plus rare que la folie prenne peu de temps avant la mort une forme plus grave; cependant on voit des maniaques qui meurent

dans un accès de fureur qui va sans cesse croissant jusqu'au dernier moment.

§ 68. — De même le délire fébrile, aigu, dont la folie ne diffère nullement d'une manière spécifique, consiste en des rêves actifs pendant l'état de veille ou de demi-veille. Bien que généralement ce délire fébrile soit plutôt un état de simple incohérence que de perturbation des sentiments, il est cependant fréquent de voir que dans ces rêves les diverses hallucinations et les fausses idées ne sont que l'expression d'une disposition fondamentale de l'esprit, dominante et tantôt fixe, tantôt au contraire changeante, et qu'ainsi elles se relient les unes aux autres par l'unité des sentiments dominants ; nous voyons également que dans cette affection le sujet particulier de chacune des images enfantées par l'imagination et de chacune des idées fausses est ordinairement déterminé par des circonstances accidentelles (par les besoins physiques, par le papier qui couvre les murs, par des souvenirs qui reviennent tout à coup, etc.). Ainsi l'on peut souvent dans le délire fébrile constater les mêmes différences psychiques fondamentales sur lesquelles est basée la division des maladies en plusieurs formes principales ; — il y a un délire fébrile mélancolique, un autre, maniaque, un troisième, dément partiel (qui roule sur un petit cercle d'idées délirantes isolées, sans émotion vive), et enfin un délire fébrile dément. Il y a également certaines conditions qui prédisposent à un certain degré de délire dans toutes les affections fébriles, constitution, causes d'affaiblissement antérieur, peut-être même hérédité, etc., conditions que nous retrouverons aussi dans la folie.

Bien que d'ordinaire le délire aigu se distingue extérieurement de la folie par sa plus courte durée, par son explosion plus brusque et qui n'a pas été préparée d'avance, par son caractère symptomatique, enfin par l'existence actuelle d'un degré considérable de fièvre, bien que dans le délire aigu, en raison de sa courte durée, il n'y ait pas cette transformation de la personnalité (organisée sous le rapport psychologique) que l'on observe dans un si grand nombre de maladies mentales, cependant, au point de vue de leur nature, — irritation nerveuse du cerveau, et spécialement sans doute de la surface, hypérémie ou inflammation de cette partie du cerveau, — tout comme au point de vue de leurs causes, — irritation sympathique de celle d'un autre organe, émotions vives, anémie, ivrognerie, etc., — ces deux affections n'en font qu'une : il y a des cas de manie transitoire qui durent très peu de temps, il y a une folie qui s'accompagne de fièvre, et il n'est pas rare que l'affection cérébrale même chez les aliénés ait un caractère symptomatique. Aussi peut-on avec raison donner au trouble intellectuel des aliénés le nom de délire (ordinairement chronique), et il n'y a aucun motif pour accepter les opinions que Georget et Burrows ont émises sur la différence spéci-

fique du délire fébrile et des maladies mentales. (Voy. Georget, Burrows, *Commentaries on insanity*, London, 1828; Jakobi, *Beobachtungen ueber die mit Irresein verbundenen Krankheiten*, Elberfeld, 1830; Moreau, *Ann. méd.-psych.*, 1855; Fée, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1855.)

CHAPITRE II.

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL DES MALADIES MENTALES.

§ 69. — La question de savoir si un individu est aliéné peut être posée avec deux sens différents. On peut demander si chez lui les phénomènes psychiques sont d'une manière générale troublés par la maladie, — ou bien cela peut signifier si, un dérangement psychique morbide existant d'une manière évidente et confirmée, il se relie à une de ces affections cérébrales qu'on désigne usuellement sous le nom de *maladies mentales*, ou si peut-être il ne provient pas d'une autre maladie, d'une méningite, d'une fièvre typhoïde, de l'intoxication alcoolique, etc. — Cette dernière question est purement médicale, la première est beaucoup plus souvent posée dans un but médico-légal.

Souvent il suffit d'un simple coup d'œil pour que même les gens du monde distinguent si chez un individu les facultés de l'âme sont troublées par le fait de la maladie; dans beaucoup d'autres cas, le jugement à porter sur cette question est extrêmement difficile et l'on ne peut y arriver qu'avec une longue observation et les connaissances spéciales les plus profondes. On m'a présenté à moi-même des rapports de médecins aliénés spéciaux qui, après avoir observé un individu pendant la moitié d'une année dans leur asile, ne pouvaient pas décider s'ils devaient ou non le déclarer aliéné, et il y a des faits anciens et modernes (Reiner Stockhausen) sur lesquels des rapports émanant de notabilités en psychiatrie, basés sur une longue observation instituée *ad hoc* et tout à fait contradictoires dans leurs conclusions, ont été publiés. La lecture de ces rapports est généralement très instructive. On voit donc combien, dans beaucoup de cas, la demande posée au médecin légiste (comme le font souvent les jurés) est inadmissible d'avoir à donner son avis après un ou deux courts examens de l'inculpé, — quelquefois le court délai qui lui est accordé suffit à peine pour prendre une connaissance exacte des pièces de l'instruction.

La difficulté de cette question vient de ce que des perversions des sentiments et des penchants, de fausses idées et de faux jugements, ou

même des erreurs des sens (hallucinations, illusions), — tous phénomènes qui, comme nous l'avons vu, constituent les éléments essentiels des maladies mentales, — peuvent se manifester sous l'influence d'états autres que des états morbides, et se trouver à côté de facultés psychiques intactes dans leur ensemble ; de ce que, quand ces anomalies psychiques n'existent pas, leurs signes extérieurs peuvent être intentionnellement simulés, ou que quand elles existent, on les cache soigneusement ; enfin de ce qu'il y a des cas où la maladie est peu développée et ne donne lieu qu'à des symptômes incomplétement exprimés. — Quels sont donc les principaux signes pour déclarer qu'un individu est aliéné ?

§ 70. — 1° Le point capital est toujours celui-ci, que dans l'immense majorité des cas il survient avec la maladie mentale un changement dans les dispositions de l'esprit, dans les sentiments, les penchants, les habitudes, la direction de la volonté, dans les jugements, une constitution de la vie morale qui diffère considérablement de la manière d'être antérieure du malade et étrangère à celui-ci. Il n'est plus le même ; son ancien *moi* est lui-même changé, il devient étranger à soi-même (aliéné) (voy. § 5). — La constatation de ce changement qui s'est produit chez le malade exige que sa manière d'être antérieure, son caractère, etc., soient bien connus du médecin, — quand bien même on ne pourrait avoir ces renseignements que par des personnes étrangères. Souvent le contraste est extrêmement frappant ; l'homme sobre s'adonne à l'ivrognerie, le frivole médite sur la Bible, le timide devient hautain et impérieux, le décent obscène, etc. — Ce changement dans la manière de penser, de ressentir et d'agir est d'autant plus tranché, qu'il survient plus vite ; il est au contraire beaucoup plus difficile à constater, quand il se produit progressivement au bout de plusieurs années, et les cas de ce dernier genre, quand la folie ne dépasse pas un léger degré, sont le plus souvent extrêmement difficiles à distinguer des mauvaises dispositions du caractère, de l'immoralité, d'un caractère fantasque, des fausses idées sur la vie, etc. — Mais dans un certain nombre de cas, — c'est toujours la grande minorité, — on ne découvre aucun changement considérable en général, et l'on reconnaît plutôt dans la folie un développement plus grand, une exagération des traits les plus saillants du caractère et des particularités de l'individu, et quand ce trouble intellectuel complet alors s'est fait lentement et progressivement, on n'a pas de points de repère certains pour le constater ; c'est ainsi que dans certains cas on voit se produire graduellement une manie de procès qui est devenue un fait de la maladie, ou l'individu se passionnant toujours de plus en plus, ou ses sentiments se refroidissant progressivement, etc. Ce changement échappe aussi dans les cas où il s'agit d'états congénitaux ou qui existent dès la plus tendre jeunesse, comme chez les individus excentriques, bizarres

ou faibles d'esprit, et de fait, dans ces cas aussi, lorsqu'ils n'atteignent qu'un degré modéré, il est souvent extrêmement difficile de s'exprimer sur la nature morbide de ces états (car, lorsqu'il s'agit de distinguer un léger degré d'affaiblissement intellectuel, de démence, d'une simple bêtise, toute la question est de savoir s'il y a là un état morbide), tandis que lorsqu'ils sont acquis, et que par conséquent ils se produisent avec un changement de l'individualité normale antérieure, ils sont le plus souvent beaucoup plus faciles à apprécier. De tout cela il résulte que la comparaison avec la manière d'être antérieure de l'individu doit toujours être une des données principales dans l'appréciation de ces questions.

Il faut donc que le médecin se fasse instruire des antécédents, de l'histoire du malade. Malheureusement on n'est pas toujours aidé par les parents et par l'entourage de l'individu, et souvent on laisse le médecin dans le doute en lui taisant les circonstances les plus essentielles; souvent on obtient plus en n'agissant pas d'une manière officielle. — De même pour la folie transitoire qui dure très peu de temps, comme cela se voit de temps à autre chez les épileptiques, les buveurs, et parfois aussi sans cause connue chez des sujets prédisposés, le changement total de la personnalité pendant l'accès, est un point capital; mais il est vrai que la vie d'un individu peut être telle extérieurement, que ses actes pendant l'accès offrent un très grand contraste avec elle, tandis que si l'on pénètre dans l'intérieur de la personnalité, on verra le point des sentiments qui déjà dans la vie ordinaire renfermait la disposition la plus forte, quoique peut-être plus ou moins cachée extérieurement, dans laquelle cet acte prenait naissance. Aussi devra-t-on être très circonspect à l'égard de la folie transitoire, qui pour certains médecins légistes est très courante (voy. Devergie, *Où finit la raison, où commence la folie? Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXIII, 1859), et l'on pourra encore l'admettre le plus souvent dans les cas où l'accès a présenté un caractère de rêve, et où aussi ordinairement le changement de la personnalité a été le plus fort possible. En outre de cela il faut bien noter l'existence ou l'absence de prodromes quelconques de l'accès; lorsqu'ils manquent entièrement, la chose est déjà suspecte (1).

(1) C'est dans ces cas surtout qu'il importe de rechercher avec soin l'existence de vertiges épileptiques qui ont pu être méconnus. On comprend que cette cause de folie transitoire sans prodromes passe souvent inaperçue. Ces vertiges, comme les accès épileptiques eux-mêmes, peuvent n'avoir lieu qu'à de très longs intervalles et souvent la nuit. J'ai connu deux jeunes filles qui ont été mariées ayant des vertiges épileptiques durant depuis plusieurs années et qui avaient échappé à l'observation. C'est dans ce sens que l'épilepsie larvée sur laquelle M. Morel a publié un intéressant mémoire, ne me paraît être le plus souvent qu'une épilepsie dont l'accès vertigineux a été méconnu. (B.)

§ 71. — 2° Les changements survenus dans les manières du malade, ou les exagérations supposées de certaines faces de son individualité, ont-ils apparu au milieu de circonstances que l'expérience nous apprend à considérer comme des causes marquées de la folie, ou bien l'individu se trouve-t-il en général sous le coup de circonstances étiologiques importantes, on est encore bien plus autorisé à regarder son état comme de l'aliénation. Hérédité, constitution nerveuse, blessures de la tête, ivrognerie, hystérie, épilepsie, telles sont les causes prédisposantes les plus importantes, chagrin, frayeur, maladies aigües, état puerpéral, voilà les causes déterminantes les plus fréquentes : dans le livre suivant nous étudierons les *causes* en détail. — Mais ici encore on trouve souvent des difficultés sérieuses pour constater et apprécier les faits. Cette appréciation est surtout difficile dans les cas où l'on rencontre des circonstances qui peuvent, il est vrai, être regardées comme des causes très importantes de la folie, que l'on pourrait même déjà considérer comme étant l'expression d'un trouble mental, mais qui assez souvent ne sont que la manifestation de penchants immoraux, et ont, — sans qu'il y ait en cela rien de morbide, une influence démoralisante et dégradante sur le caractère, sur la vivacité des sentiments affectifs et sur l'intelligence. Je prendrai pour exemples une vie désordonnée et particulièrement l'abus des alcooliques. La question de savoir si la perversité, l'obtusion des sentiments et la mauvaise humeur habituelle des buveurs d'eau-de-vie doivent être considérées comme un état de maladie mentale, quand elles existent à un degré modéré, est quelquefois à peine soluble d'une manière objective. Cela est toujours admissible, quand les choses sont portées à un degré élevé. — On éprouve parfois aussi le même embarras dans les cas où il y a eu des causes morales très puissantes, des motifs d'émotions violentes, et que la surexcitation ou la dépression morale qui s'en est suivie, avec toutes ses conséquences, peut apparaître comme leur résultat naturel, comme un mode de réaction encore normal, par exemple : une dépression profonde des sentiments à la suite d'une perte de fortune, de la mort d'une personne aimée, etc., une surexcitation prolongée à la suite d'une maladie, etc. La différence essentielle qui existe entre la mélancolie produite par des causes morales et la tristesse naturelle engendrée par les mêmes causes, c'est que dans cette dernière, l'individu réagira d'une façon normale lorsque ces causes disparaîtront ou que des circonstances heureuses surviendront, et qu'ainsi il sortira de son état de dépression, tandis que le mélancolique ne peut pas se soustraire à sa tristesse morbide et que son état ne cesse pas, — du moins immédiatement, — par la suppression des causes extérieures qui l'ont produit; et cependant c'est à peine si dans la pratique cette différence peut servir de criterium diagnostique. — En général

l'appréciation est beaucoup plus facile quand on ne peut découvrir aucune circonstance occasionnelle extérieure qui puisse expliquer l'état que l'on soupçonne, le changement survenu dans la manière d'être du malade, — quand donc cet état ne peut en aucun cas être considéré comme un mode de réaction normale anx événements extérieurs, — et qu'à côté de cela il existe cependant des circonstances prédisposantes ou qui ont préparé la maladie, comme l'hérédité. Il y a là précisément et dans toute son évidence un des criterium les plus essentiels de la folie, la réaction anomale provenant de motifs internes, d'un état mental anomal. — Un individu a-t-il eu antérieurement un accès de folie bien constaté, indubitable, cette circonstance a une valeur extrêmement importante, car nous savons que cela prédispose au retour ultérieur de la maladie.

Si l'on peut démontrer, en prenant en considération les circonstances étiologiques et pathogéniques (que nous étudierons bientôt, livre II), le développement de la folie d'une manière objective et sans arbitraire, une partie très essentielle du problème est résolue.

§ 72. — 3° La sémiotique des maladies mentales ne consiste qu'en très petite partie dans des symptômes morbides précis, isolés et toujours reconnaissables par eux-mêmes; elle ne présente pas de signes physiques, directement palpables; elle repose essentiellement sur l'interprétation que donne aux actes psychiques l'observateur versé dans la connaissance des troubles des fonctions de l'âme et de leurs manifestations. Deux individus peuvent dire ou faire exactement la même chose, par exemple, exprimer leur croyance à l'influence des sorciers, ou la crainte d'être damnés pour l'éternité; l'observateur, qui sait ce que cela veut dire, déclarera l'un de ces individus aliéné, et l'autre sain d'esprit. Ce qui rend cette interprétation possible, c'est la considération de toutes les circonstances concomitantes, et une expérience personnelle approfondie des différentes formes de la folie et des phénomènes que chacune d'elles présente; l'idée d'être damné pour l'éternité, par exemple, est si fréquente chez les mélancoliques, qu'elle doit aussitôt éveiller le soupçon de l'existence de la mélancolie, et qu'il faut rechercher tout de suite si les motifs qui ont donné naissance à cette idée sont réellement ceux que l'on observe dans la mélancolie et dans les conceptions délirantes qui accompagnent cette forme mentale.

L'état du malade correspond-il, par son ensemble et par chacun des symptômes essentiels pris isolément, à la description de l'une des principales formes de la folie (formes auxquelles toutes les classifications doivent toujours revenir, parce qu'elles sont réellement basées sur la nature), de la manie, de la mélancolie, la folie systématisée ou la démence, dès lors le diagnostic définitif de cette forme mentale et naturellement celui aussi de la folie en général se trouvent posés. — Mais

il ne faut pas, par contre, — comme cela s'est vu maintes fois déjà, — de ce qu'il n'y a pas une concordance complète entre un cas particulier et les formes mentales les plus connues, conclure à l'absence de la folie. Pour établir ces formes principales, on prend avec raison les états qui les caractérisent le plus souvent, et l'on en fait des types; mais il y a une foule d'états intermédiaires, de formes mixtes, d'états incomplétement exprimés, qui ne correspondent pas exactement aux formes types. Le plus souvent, il ne sera pas difficile de constater au moins le caractère général d'exaltation, de dépression ou d'affaiblissement; cependant il y a des cas, par exemple, d'obtusion morbide des sentiments, de manie des procès, etc., dans lesquels ce caractère général lui-même n'est pas évident.

Il n'est pas le moins du monde nécessaire qu'il existe des conceptions délirantes bien tranchées pour qu'on puisse déclarer qu'un individu est atteint d'une maladie mentale, ou même d'une maladie de l'intelligence (par opposition à une simple maladie des sentiments affectifs). Dans beaucoup de cas il n'y a pas de délire à proprement parler, ou du moins le malade n'en manifeste pas, mais le caractère, les sentiments, la volonté, sont altérés d'une façon morbide, et en raison de l'état de maladie du cerveau, ils pénètrent tellement l'individu que le jugement est obscurci, l'intelligence compromise dans sa forme, l'esprit entravé. Dans cet état, l'individu peut tenir des discours raisonnables, c'est-à-dire sans commettre d'erreurs grossières sur les circonstances objectives ordinaires, il peut distinguer le juste de l'injuste, diriger ses actions avec un choix juste des moyens, avec réflexion apparente, montrer par sa conduite qu'il sait reconnaître un acte criminel, se soustraire aux punitions, etc.; il peut, au moins pendant quelque temps, avoir une assez bonne tenue extérieure, et cependant son humeur peut être si profondément altérée, ses sentiments affectifs peuvent être si complétement détruits, que cet individu est devenu, pour lui-même (pour son *moi* ancien) et pour les autres, tout autre qu'il n'était, et qu'à chaque instant l'irritation de son caractère peut se manifester par des actes et des penchants pervertis, et souvent criminels. C'est ce que l'on voit en particulier dans les périodes initiales de la folie, dans beaucoup de cas modérés de mélancolie, dans les degrés les plus légers de la manie (folie raisonnante), très souvent aussi dans les premiers débuts de la démence paralytique.

Dans les cas criminels, l'acte commis par l'individu peut lui-même souvent contribuer pour beaucoup à la solution de la question de savoir s'il est aliéné ou non, parce que souvent cet acte est précisément une des manifestations principales de la folie; il y a même des cas où de la nature de l'acte seulement peut se déduire l'élément principal, je dirai même l'élément unique qui permettra de déclarer qu'il y a folie. (Je

rappelle comme exemples certains cas d'individus tuant leurs propres enfants.)

Mais dans l'immense majorité des cas cela est tout à fait inadmissible et impossible ; on doit plutôt, pour baser sur quelque chose la preuve de l'existence de la folie, et démontrer que l'acte a été commis sous l'influence de l'aliénation mentale, s'efforcer d'établir dès avant l'acte, et tout à fait en dehors de l'acte même, les signes de la folie, d'après leur mode de production, d'après les symptômes et la marche de la maladie. C'est en suivant une méthode opposée, en voulant faire de l'acte lui-même un criterium essentiel pour déclarer s'il y a ou non aliénation mentale, qu'on a été amené à créer la doctrine des monomanies (monomanie homicide, — du vol, etc.), doctrine aussi dangereuse pour la science qu'au point de vue pratique, et qui n'a eu pour résultat que de déconsidérer, — avec raison, — auprès des tribunaux l'intervention de la médecine dans ces questions.

Mais enfin ne peut-il pas y avoir des cas où un état psychique morbide, qui ne se manifeste extérieurement par aucun signe, mais qui cependant existe réellement, exerce une influence sur un acte criminel ? — Je crois que cela est possible ; qui oserait se risquer à fouiller le mécanisme intime de l'intelligence et de la pensée de la même manière qu'on feuillette un livre ? Qui oserait nier qu'une influence organique morbide, qui ne se traduit par aucun signe extérieur, puisse à un moment donné troubler, suspendre le raisonnement, entraîner nos déterminations dans une voie mauvaise ? C'est dans ce sens que je dus m'exprimer moi-même en justice sur un meurtrier qui avait eu des vertiges épileptiques (bien constatés). Je disais : « Ni avant, ni pendant, ni après l'acte, nous ne trouvons des signes précis de dérangement intellectuel, mais il est fort possible néanmoins que l'épilepsie ait exercé sur le phénomène psychique du raisonnement une influence qui a troublé la réflexion et qui a diminué le libre arbitre, sans se manifester par aucun signe extérieur. »

§ 73. — 4° Des symptômes d'une maladie physique, tirés de l'état du pouls, de la digestion, des sécrétions, etc., ne peuvent naturellement en aucun cas servir à établir l'existence d'une maladie mentale ; ce diagnostic dépend essentiellement et exclusivement des symptômes psychiques. — Ce qui n'empêche pas que ces symptômes de maladies siégeant dans d'autres organes ont une très grande valeur. Au moins permettent-ils de résoudre la question de savoir si l'individu est malade d'une manière générale. — Si ces phénomènes permettent d'assurer que l'individu est malade, si l'on constate d'une part qu'il existe un changement moral frappant et d'autre part un état morbide de l'organisme, il devient alors extrêmement probable que ces deux ordres de phénomènes se relient l'un à l'autre, c'est-à-dire que le changement moral est lui-même

morbide (1). — Mais, comme la folie dépend essentiellement d'une maladie cérébrale, il n'y a pas un seul de tous les symptômes psychiques qui ait une signification plus importante qu'un phénomène quelconque annonçant une lésion des fonctions cérébrales d'un autre ordre (excitation, dépression, etc.). C'est pour cela que les anomalies des fonctions sensoriales centrales, les hallucinations, ont une si grande valeur dans le diagnostic de la folie, c'est pour cela que des douleurs fréquentes de tête, l'insomnie, le vertige, les anesthésies, les modifications des pupilles, et

(1) Je crois devoir faire remarquer qu'outre les maladies qui peuvent réagir sur l'état moral et contribuer à exciter des troubles passagers ou permanents, il y a certaines fonctions qui ont le même résultat. On sait l'influence très grande de la menstruation sur l'état intellectuel et moral de quelques femmes, et nul doute que ce fait ne doive être pris en très grande considération quand il s'agit de juger les cas de folie transitoire.

C'est ce que n'ont pas manqué de faire Esquirol et Marc, appelés à examiner Henriette Cornier. On se rappelle que cette fille avait attiré dans sa chambre une jeune enfant de dix-huit mois, lui avait coupé la tête et avait jeté cette tête dans la rue. Au moment où elle commettait cet horrible assassinat, elle était à l'époque de la menstruation.

Or, quand on voit dans les asiles combien cette époque est spécialement marquée par une surexcitation très grande, des actes de violence, des tentatives de suicide, il n'est pas possible de méconnaître l'influence de cette fonction lorsqu'il s'agit de juger les cas de folie transitoire.

Chargé depuis plus de vingt ans d'un service de femmes à la Salpêtrière, j'ai vu un grand nombre d'accès passagers de folie qui, développés à l'époque menstruelle, se terminaient avec celle-ci. Sans doute d'autres causes avaient pu contribuer à les produire, mais ces causes étaient légères et tout semble prouver que si elles n'avaient pas été aidées par l'influence de la menstruation, elles seraient restées sans effet. Dans un cas, la malade avait pris une infusion de feuilles pectorales dans lesquelles se trouvaient mélangées quelques feuilles de belladone. Les herboristes opèrent souvent ce mélange pour rendre les tisanes plus calmantes ; mais la dose de belladone est trop faible pour avoir aucune influence toxique. Cependant c'est cette dose si faible qui, aidée par l'influence de la menstruation, avait suffi pour provoquer un délire accompagné d'hallucinations nombreuses et qui se sont prolongées pendant quatre jours.

L'influence de la puberté, chez les jeunes sujets, doit être prise aussi en grande considération, et je rappellerai qu'on a souvent constaté cette influence sur la production de la pyromanie.

L'omission d'une saignée habituelle est encore une circonstance dont il faut tenir compte ; cette circonstance s'est présentée chez un malade qui appartient à l'histoire. Damien, l'assassin de Louis XV, avait l'habitude de se faire saigner. Il avait remarqué que l'*idée fixe* le dominait moins après les émissions sanguines, et il attribuait sa tentative d'assassinat au retard qu'il avait mis cette fois à se faire pratiquer une saignée. (B.)

toutes les convulsions et paralysies concomitantes, ont une importance si extraordinaire dans le diagnostic de l'aliénation. Ces symptômes se rapportent-ils à une lésion du cerveau, a-t-on par là la preuve qu'il existe une affection cérébrale, il est alors tout naturel que l'on ne mette que très rarement en doute la question de savoir si les phénomènes psychiques proviennent également de cette même affection du cerveau ; du moins on ne peut presque jamais démontrer le contraire. — Par contre, l'absence de symptômes cérébraux morbides, l'absence de dérangements quelconques dans la santé physique (pouls, digestion, etc.), ne peuvent jamais plaider contre l'existence d'une maladie mentale (c'est-à-dire d'une affection cérébrale dont les symptômes actuels sont exclusivement psychiques) ; nous voyons journellement des individus qui sont incontestablement fous (les cas chroniques, en particulier), et qui ne présentent aucun dérangement de la santé physique.

§ 74. — 5° C'est des allures, des gestes, des discours et des actes d'un individu que nous déduisons les symptômes essentiels, ceux de l'état mental. Mais il y a des cas où ces signes extérieurs peuvent nous induire en erreur, parce que la folie est simulée, ou, ce qui est moins fréquent, dissimulée. — Quand on soupçonne la simulation, on portera principalement l'attention sur les circonstances suivantes. Il est très rare qu'un individu qui simule la folie, à moins qu'il n'ait des connaissances spéciales en faits d'aliénation, imite fidèlement et d'une manière conséquente les symptômes d'une forme mentale quelconque, le plus souvent il mêle entre eux les symptômes de plusieurs formes, de sorte que son état n'offre pas l'aspect d'une maladie naturelle. Il exagère ordinairement les phénomènes des désordres intellectuels, il se figure que tout doit être retourné, au lieu de conceptions délirantes, il dit des absurdités et se conduit comme si, dans la folie, la plus grande partie de l'intelligence et de la mémoire devait être détruite, souvent aussi il fait comme s'il ne pouvait plus compter, lire, écrire, comme s'il ne savait plus son nom, etc. L'individu qui simule la folie est prudent, et souvent il montre une grande incertitude au sujet de la manière dont il pourra le mieux faire le fou; tout ce qui peut lui profiter, il le dit, et cache au contraire tout ce qui pourrait lui nuire. Il ne présente point ou peu de symptômes généraux de maladie (physique), il a bien plus besoin de calme et de sommeil qu'une foule de malades, et il est incapable de supporter une dépense musculaire prolongée (comme on voit, par exemple, dans des accès de manie qui durent des semaines entières sans interruption.) C'est pour cela que les formes calmes de la folie sont bien plus faciles à simuler que les formes agitées ; l'erreur est bien plus facile dans les cas de démence simulée, enfin la question peut également être difficile à juger dans les cas où le malade feint une espèce de délire vague avec affaiblissement du

caractère. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici qu'en observant souvent le malade sans qu'il s'en doute, qu'en le surprenant brusquement, on arrive parfois à découvrir la fraude ; le but de cet ouvrage n'est pas de signaler tous les moyens spéciaux par lesquels on arrive à les démasquer. — Mais une chose très importante à noter, c'est que la constatation du fait de simulation n'est nullement une preuve certaine que l'individu jouisse de toute sa raison, que quelquefois les aliénés eux-mêmes simulent la folie, et qu'il y a même pour eux un certain plaisir morbide évident à simuler ainsi, circonstance qui peut être comparée à une disposition analogue que l'on observe chez les hystériques, mais qui cependant ne lui est pas identique (1). On peut donc être en position de démontrer que l'individu simule la folie et que malgré cela il est bien fou, mais seulement d'une autre manière que celle qu'il simule, et que sa folie se reconnaît naturellement à d'autres signes que ceux qu'il met en avant.

Quand on soupçonne que la folie, qui existe réellement, est dissimulée par le malade qui a conscience de son état, — ce qui peut arriver surtout au début de la folie, ou encore parfois dans les conceptions délirantes fixes des mélancoliques, alors que la désharmonie générale des sentiments affectifs s'est calmée (H. Hoffmann), — l'examen prolongé et attentif du malade, quand il croit qu'on ne fait pas attention à lui, est le meilleur moyen d'arriver à découvrir la réalité ; il faut noter d'une façon toute spéciale comment il passe les nuits, et le faire causer sur une foule de sujets différents, dans lesquels parfois alors il se trahit ; enfin on examinera soigneusement ce qu'il écrit, parce que souvent la folie se manifeste d'une manière bien plus frappante dans les écrits que dans les paroles.

(1) J'ai déjà parlé d'un malade qui avait beaucoup embarrassé les médecins experts, lesquels, après trois mois d'examen, n'avaient pas osé déclarer qu'il fût aliéné, ni affirmer qu'il fût sain d'esprit. Or ce malade, après avoir entendu pendant deux heures son avocat plaider pour lui la question de folie, fit des tentatives de simulation. Ces tentatives, à mon avis, ne prouvaient rien contre la réalité de l'aliénation. Je crois donc qu'un homme peut avoir une véritable monomanie dont il n'a pas conscience, et simuler, dans un intérêt particulier, une folie qu'il n'a pas.

J'ai observé, chez une jeune dame, des accès étranges pendant lesquels elle poussait des cris et faisait toutes sortes de contorsions bizarres. En dehors de ces accès, qui étaient fréquents et qui se prolongeaient des heures ou même des journées entières, elle paraissait très raisonnable. Elle m'a avoué depuis que, au début de ses accès, elle simulait et que tout cela était volontaire, mais que peu à peu sa tête s'exaltait et qu'elle n'était plus maîtresse de s'arrêter.

Quelque chose de semblable a évidemment lieu dans ces accès d'agitation qu'on observe chez certains hypochondriaques, accès pendant lesquels ils crient, font des gestes bizarres, ou se frappent eux-mêmes, comme j'en ai vu deux cas. (B.)

Ce n'est pas de la dissimulation, quand on voit les aliénés dire qu'ils ne sont pas malades, et, en particulier, protester énergiquement quand on dit qu'ils sont fous. Un individu très habitué pourrait imiter ce trait en simulant la folie ; mais le plus souvent cela lui semble trop risqué, le contraire s'observe plus fréquemment : il dit volontiers qu'il est malade, et veut surtout se faire passer pour aliéné.

§ 75. — 6° Mais en excluant même les cas de simulation et en prenant bien en considération tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, il y a encore des cas où l'on ne peut résoudre avec une certitude complète la question de savoir si un individu est aliéné. Le dilemme : « il est fou, ou il ne l'est pas », n'est pas juste du tout. Il n'y a pas de limites bien arrêtées entre l'état de santé et l'état de maladie en général ; il y a, en médecine mentale, tout comme dans le reste de la pathologie, une sphère intermédiaire de dérangements qui ne sont pas encore arrivés à l'état de maladie complète, et dans lesquels l'individu présente encore beaucoup d'attributs de la santé. Est-ce qu'il n'en est pas de même pour les maladies physiques les plus simples ? A quelle limite doit-on dire qu'un individu est aveugle ? Est-ce seulement lorsqu'il n'a plus absolument aucune perception lumineuse ? — A quelle limite est-on sourd ? — Quand est-ce que l'on est hydropique ? Est-ce déjà quand on ne présente que des traces très légères d'œdème ? Si cela n'est pas, à quelle limite commence l'hydropisie ? Quand la maladie est à ses degrés extrêmes, tout le monde est d'accord, mais quand elle n'est qu'à un faible degré, on peut contester l'opportunité de cette dénomination dans le cas particulier. — Or dans la médecine mentale, une quantité de cas médico-légaux rentrent précisément dans cette sphère intermédiaire : — par exemple, des actes commis sous l'influence d'une émotion par des caractères sans consistance et par des têtes faibles ; des cas d'exaltation habituelle modérée ou de perversité avec des moments où le malade est hors de lui-même, comme chez les buveurs, les hystériques, etc... : tous cas dont on peut ordinairement dire que l'individu n'est nullement dans son état mental normal, sans qu'on puisse cependant constater les signes d'une maladie mentale nettement accusée, et il est probable, plutôt que certain, que leurs actes ont été déterminés, en totalité ou en grande partie, par des influences organiques morbides. Dans la manière même dont elles s'expriment, il n'y a pas de limite bien tranchée entre l'excentricité, la violence, la perversion et l'obtusion des sentiments d'une part, et de l'autre, l'aliénation mentale ; il n'y a pas de signe constant pour reconnaître si ces états sont le résultat d'un trouble organique, ou si la part de ce dernier n'est qu'accessoire, ou si enfin, en dehors de toute influence de l'organisme, c'est là le caractère primitif, habituel de l'individu, ou le résultat acquis des événements de l'ordre

moral qui lui sont arrivés. Quand à côté de cela on trouve des symptômes d'une affection cérébrale, hallucinations, paralysie, etc..., ou tout autre symptôme de maladie physique, ces phénomènes ont particulièrement ici une immense valeur.

Il ne faut pas oublier qu'il est un assez grand nombre de cas où l'on ne trouve pas des signes isolés, très clairs et dont on ne peut avoir la preuve objective indiquant l'état de santé ou de maladie mentale, et que c'est plutôt l'impression générale résultant de l'ensemble de l'individu et de ses actes qui décide le jugement du médecin. Mais pour apprécier cet ensemble d'un individu, il faut un homme complétement versé dans l'étude spéciale des maladies mentales, un aliéniste consommé; souvent alors un simple coup d'œil suffit pour porter un jugement d'ensemble vrai, bien qu'on ne puisse pas à l'instant le motiver dans tous ses détails.

§ 76. — On comprend aujourd'hui que la question de savoir si un individu est aliéné ne peut être décidée qu'après une exploration très soigneuse de sa personne; et cependant il n'y a pas bien longtemps (peut-être même cela arrive-t-il encore) que l'on demandait aux médecins de faire leur rapport d'après l'instruction écrite de l'affaire (1)! — Quand on a pris connaissance des principales données du fait, il faut aussitôt procéder à l'examen de l'individu. Il n'est pas rare que les choses qui entourent immédiatement le malade indiquent déjà d'une manière certaine à l'homme expérimenté ce dont il s'agit; sa chambre est ornée de cette façon imaginaire que les aliénistes connaissent si bien, son vêtement est bizarre, en désordre, déchiré; on trouve des traces de manque de soin, d'habitudes malpropres, de caprices, etc., que l'individu ne présentait pas jadis. Puis, sans trop le faire voir au malade, on examine sa physionomie, sa tenue, ses allures, particulièrement en tant qu'elles expriment certaines dispositions d'esprit; le visage chez les vrais aliénés se montre très souvent vieilli d'une manière frappante, défiguré d'une façon plus irrégulière que s'il exprimait simplement certaines passions, certains sentiments; souvent la voix peut être prise, surtout chez les mélancoliques, comme l'expression vraie de la disposition dominante de l'esprit. — La conversation avec le malade doit être naturelle et simple autant que possible; on lui montre de l'intérêt, on cherche à appeler son attention et à gagner sa confiance; on fera bien en général de commencer par leur faire quelques questions sur leur santé physique, sur ce dont ils peuvent avoir besoin, ou sur ce qu'ils peuvent désirer; puis on

(1) Dans la faculté de médecine d'une petite université du nord de l'Allemagne, en 1850, on n'en revenait pas de me voir demander l'examen personnel de l'accusé pour éclairer une affaire judiciaire. Pareille chose ne s'était jamais vue.

(*Note de l'auteur.*)

passe aux antécédents du malade, qu'on le prie de raconter tout à son aise. Dans ce récit on recherche à démêler les événements qui ont pu le frapper, la manière dont il envisage la vie, les choses qui l'intéressent, ses espérances, ses projets, afin d'avoir, en combinant son récit avec les renseignements fournis par d'autres personnes, une idée générale de son individualité antérieure. On examine la disposition actuelle de ses sentiments, l'état de son intelligence, de sa volonté (surtout aux différents points de vue que nous signalons dans les chapitres précédents et dans le Livre troisième de cet ouvrage). Quels sont les changements que le malade présente actuellement sous ces différents rapports, la manière dont ces changements se sont produits, c'est là ce qui nous permettra d'apprécier si l'état du malade est réellement un état morbide, si un acte criminel quelconque peut être attribué à cette disposition morbide de l'esprit ou à la constitution naturelle de l'intelligence ; une exploration exacte de l'ensemble de la santé physique et de chaque organe en particulier, des poumons, du cœur, des artères (cela est très important), des organes digestifs, des sécrétions, etc., peut terminer l'examen de l'individu. On notera particulièrement s'il existe quelques signes de paralysie, si la parole est embarrassée, si les pupilles sont inégales, etc. ; les débuts de la démence paralytique précisément apparaissent assez souvent sous forme de folie raisonnante, d'une perversion des penchants avec une conservation relativement assez grande des facultés de l'entendement, qui pousse les malades à des actes contraires aux lois, en particulier à voler. — On renouvelle ses observations sur le malade jusqu'à ce qu'on puisse trancher définitivement la question, ou qu'il soit devenu évident pour l'observateur que la chose est impossible quant à présent, et qu'une exploration ultérieure ne pourra plus lui apprendre aucun fait essentiellement nouveau.

§ 77. — Quant à l'autre question de savoir si un individu dont les facultés intellectuelles sont dérangées est atteint de maladie mentale, dans le sens restreint de ce mot (§ 6), ou au contraire d'un trouble cérébral ou d'une maladie du cerveau sympathique d'une autre affection, parfois, il est vrai, elle ne peut pas se résoudre d'une manière absolue, parce qu'il y a différentes espèces d'affections du cerveau qui peuvent se présenter avec l'aspect de l'aliénation. Mais les erreurs grossières peuvent et doivent être évitées, et le médecin doit toujours s'efforcer d'établir un diagnostic, en quelque sorte spécialisé, de la maladie cérébrale. — C'est dans les cas d'ivresse, de fièvre typhoïde et de méningite aiguë que l'erreur est surtout fréquente.

L'ivresse se reconnaît en général très facilement à l'odeur alcoolique de l'haleine, à l'embarras de la parole, qui jamais chez les aliénés ne s'observe dès le premier jour, et par la prompte tendance au sommeil et à

l'assoupissement. On remarquera cependant que parfois l'ivresse représente le début aigu de la folie (mais toujours préparée de longue main), et aussi qu'il y a des individus qui offrent une disposition toute spéciale qui fait que même une quantité très modérée de liqueurs spiritueuses détermine chez eux une surexcitation qui a plus le caractère de la manie que de l'ivresse (1).

(1) Les caractères exceptionnels que revêt l'ivresse chez certains sujets par suite d'une prédisposition spéciale, méritent peut-être d'être étudiés plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il m'est arrivé bien des fois, en recueillant des renseignements sur les familles des aliénés, d'apprendre que le père ou un frère du malade devenait comme fou dès qu'il faisait un excès de boisson. Quand cette folie passagère produite par l'ivresse revêt, comme le dit ici M. Griesinger, les caractères de la *manie*, les actes commis peuvent être assez facilement appréciés ; mais il se présente des cas où le délire reste tout intérieur et ne se traduit ni par de l'agitation ni par des propos incohérents. J'ai recueilli une observation de ce genre qui me paraît, au point de vue médico-légal, avoir un assez grand intérêt.

Un caporal et un soldat d'un régiment de ligne, après s'être enivrés avec de l'eau-de-vie, se prirent de querelle en rentrant au poste et bientôt en vinrent aux coups. L'officier qui commandait ce poste punit le caporal, qui fut immédiatement renfermé ; il se borna, pour le soldat, à quelques réprimandes, et le laissa libre. Celui-ci resta parfaitement calme en apparence ; il essaya vainement de dormir, se tenait ferme sur les jambes, mais gardait le silence. A quatre heures du matin, il prend un fusil chargé, entre dans la chambre où dormait l'officier, et tire sur lui à bout portant : heureusement la capsule seule éclata ; l'officier, réveillé, eut à lutter contre son agresseur, qui tentait de le tuer à coups de baïonnette, mais qui fut immédiatement arrêté. Il est important de dire tout d'abord que ce soldat n'appartenait pas à la compagnie de l'officier qu'il avait voulu tuer, qu'il ne le connaissait pas, et que, par conséquent, il n'avait aucun motif de haine contre lui. Cet homme ne témoigna tout d'abord aucun repentir de son crime ; loin de là, il répétait froidement qu'il regrettait beaucoup de n'avoir pas réussi. Il fut condamné à mort, mais le conseil de guerre demanda que la peine fût commuée en celle des travaux forcés à perpétuité.

Voici quelques passages du rapport fait pour obtenir la commutation de peine :

« L'instruction et les débats de cette affaire ont permis de constater d'une manière irrécusable que le sujet n'avait aucun motif d'animosité contre l'officier qu'il a tenté d'assassiner. Il n'en est pas moins vrai qu'il a prémédité froidement son crime ; dans quel but voulait-il donc commettre cette action atroce ? C'était, a-t-il déclaré, pour se faire fusiller et pouvoir commander lui-même le feu, comme le sergent H....., exécuté huit jours auparavant pour avoir tué son lieutenant.

» Peut-on rien imaginer à la fois de plus abominable et de plus absurde qu'une telle pensée ? Certes, celui qui l'a conçue doit être *privé de sa raison*. L'instinct féroce qui le domine s'est changé en *monomanie*. Il faut qu'il tue pour avoir la satisfaction d'être tué à son tour.

» Cet homme, dit le commissaire du gouvernement qui a assisté aux débats, est

La fièvre typhoïde, dans sa première période, revêt quelquefois l'aspect d'un accès de manie avec grande surexcitation : le malade veut se jeter par la fenêtre, etc..., avec des signes plus ou moins marqués de congestion de la tête ; ou bien même elle présente les symptômes de la mélancolie avec stupeur, ou d'un délire qui peut durer encore un certain temps. Toutes les fois qu'on voit chez de jeunes sujets des troubles intellectuels qui surviennent brusquement, il faut toujours avoir présente à l'esprit l'idée d'une fièvre typhoïde, surtout en temps d'épidémie. On notera avant toutes choses la fièvre (en particulier la chaleur élevée du corps, que le thermomètre indique très bien), avec exacerbation le soir, et le pouls plein, mou, souvent dicrote, la tuméfaction de la rate, la roséole, le météorisme, les selles décolorées, floconneuses.

Il y a peu de temps on m'envoya à l'hôpital, comme aliéné, un jeune homme qui divaguait un peu depuis quelques jours, et qui, la nuit précédente, se sauvant de sa chambre par la fenêtre, s'en était allé à son comptoir, fort éloigné de sa demeure. L'incertitude extrême de la marche, l'incohérence complète, l'hésitation de la parole, une inégalité considérable des pupilles, faisaient penser, en l'absence de tout renseignement,

une espèce de bête brute que la profession de boucher a sans doute familiarisé avec la cruauté et le sang répandu, et qui paraît agir d'instinct et sans aucun *sens moral.* Malgré la répulsion qu'on éprouve pour le sieur H...., on est forcé cependant de reconnaître que sa conduite *insensée* peut être invoquée comme un motif d'atténuation. C'est ainsi que paraît en avoir jugé le général N..... qui, bien que le coupable ne lui inspire aucune pitié, semble pencher pour que la peine de mort qu'il a encourue soit commuée en celle des travaux forcés perpétuels. »

Cette commutation de peine fut en effet obtenue.

J'ai interrogé ce soldat après sa condamnation, et j'ai appris de lui :

1° Que son frère était épileptique ;

2° Que l'une de ses sœurs avait des accès d'hystérie ;

3° Que lui-même avait eu deux attaques de *congestion cérébrale.* Il était tombé sans connaissance une fois au bas d'un escalier, une seconde fois étant à cheval.

4° Qu'il ne s'était enivré que trois fois ; que, dans un cas, il avait eu une sorte d'accès de fureur et qu'il avait fallu le lier pour se rendre maître de lui ; que son ivresse ne le portait point au sommeil ; que, loin de là, elle le tenait éveillé et que le lendemain il était aussi ivre que la veille.

Cet homme était probablement épileptique, et l'ivresse revêtait chez lui des caractères spéciaux.

Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que pendant toute la nuit qui avait précédé la tentative d'assassinat, le condamné était resté très calme, et qu'il n'avait point l'apparence d'un homme ivre.

On ne doit pas oublier, dans tous les cas de ce genre, de rechercher avec soin s'il existe dans la famille d'un prévenu, des aliénés, des épileptiques, des idiots, et si lui-même n'a pas antérieurement été atteint de quelque maladie nerveuse. (B.)

à un développement brusque d'une maladie mentale avec paralysie; toutefois la peau très chaude et sèche, le pouls fréquent, plein, mou, me firent aussitôt soupçonner une fièvre typhoïde. Dès que le malade fut au lit, ce diagnostic put être établi d'une manière certaine ; la fièvre typhoïde fut grave et de longue durée, mais se termina par la guérison. — On sait que jadis un aliéniste allemand, qui était atteint de fièvre typhoïde, fut envoyé dans un asile comme aliéné, par un de ses confrères.

La méningite aiguë avec inflammation prédominante de la convexité, se manifeste par une violente douleur de tête, par des vomissements, un délire ordinairement agité, des phénomènes convulsifs, des changements dans les pupilles; elle est toujours accompagnée d'une fièvre vive, et le malade est tout à fait obligé de garder le lit. La méningite aiguë est rare, sa marche est impétueuse, le plus souvent les forces tombent très rapidement, le pouls est lent, il y a de l'assoupissement et un anéantissement de toutes les facultés intellectuelles. — La méningite de la base du cerveau et les affections tuberculeuses des méninges présentent les mêmes symptômes essentiels, mais leur marche est un peu plus lente et plus oscillante; en général on peut constater l'existence de tubercules dans les poumons ; quand on ne le peut pas, chez l'adulte, il est difficile de distinguer la méningite tuberculeuse de la simple inflammation des membranes. — D'après ce que nous venons de dire, il est certain que l'on ne peut que très rarement confondre ces deux formes de maladie avec la folie; il y a cependant des cas de méningite tuberculeuse de la base, peu intense et à marche assez lente, qui sont susceptibles d'une très grande amélioration, et qui présentent les phénomènes de la manie (mais avec des convulsions, contracture des muscles du cou, etc.), et l'on voit encore quelques cas de ce genre, récents, rapidement mortels, que l'on envoie dans les asiles comme étant des cas de manie (*Rapport sur l'asile des aliénés de Vienne*, 1858, p. 56 et 210). Au point de vue de cette question de diagnostic, nous n'avons nullement à nous occuper de la maladie que l'ancienne médecine désignait sous le nom de *méningite ;* pour ce qui est de ce que l'on appelle la méningite chronique, on ne peut pas donner de signes diagnostiques complétement satisfaisants.

Mais quand on a éliminé ces grosses erreurs, quand il est établi que le malade est aliéné, alors surgit une nouvelle série de questions de diagnostic, et en particulier quels sont les états du cerveau qui peuvent, dans le cas actuel, donner lieu aux troubles intellectuels? A cet égard, ce sont les mêmes principes diagnostiques que dans toutes les autres affections cérébrales. Une maladie palpable dans l'intérieur de la cavité du crâne est probable, quand on observe des symptômes quelconques de paralysie, surtout bornés à une moitié du corps ; les états congestifs se

reconnaissent à leurs signes bien connus (rougeur, chaleur, etc.). Dans l'immense majorité des cas, on ne peut pas faire un diagnostic anatomique précis, mais bien un diagnostic général symptomato-physiologique ; on peut établir si les symptômes indiquent plutôt un état de vive irritation, ou un état d'engourdissement ou d'épuisement des fonctions cérébrales, ce qui ne s'apprécie pas seulement d'après les phénomènes de l'ordre intellectuel, mais bien d'après l'ensemble de tous les symptômes réunis. — Enfin, il y a une dernière série de questions, c'est de savoir si le dérangement cérébral qui existe est primitif et idiopathique, ou s'il est secondaire et sympathique, résultant d'une maladie d'un autre organe, d'une altération du sang, etc. ; en un mot, la question pathogénique, dont la solution dépend des symptômes actuels par rapport à l'étiologie et au mode de production de la maladie. (Voy. le Livre suivant.)

LIVRE II.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES MALADIES MENTALES.

SECTION PREMIÈRE.

DES CAUSES DE LA FOLIE EN GÉNÉRAL.

§ 78. — Sous le nom de *causes*, en médecine mentale comme en pathologie générale, on comprend toutes les classes très diverses de circonstances auxquelles on attribue une influence sur le développement de la maladie, mais qui peuvent avoir avec cette maladie même des rapports extrêmement variables. On range au nombre des causes : 1° toutes les circonstances extérieures (nationalité, climat, saisons, etc.), sous l'influence desquelles on voit la folie se développer, tantôt avec une grande fréquence, tantôt au contraire avec une fréquence moindre; 2° certaines influences extérieures, nuisibles (coup de soleil, blessure à la tête, etc.), dont l'action détermine souvent la folie; 3° enfin certaines conditions internes, dépendant de l'organisme même (disposition héréditaire, maladies antérieures ou troubles organiques en général : par exemple, maladies du poumon, des organes génitaux, etc.), auxquelles l'expérience nous permet d'attribuer une influence sur le développement de la folie. — Pour beaucoup de ces circonstances étiologiques, la liaison prochaine qui existe entre elles et l'action qu'on leur attribue, le mode intime suivant lequel elles amènent le développement de la folie, nous échappent d'une façon à peu près complète ; la conclusion *post hoc ergo propter hoc* repose en effet sur la connaissance purement empirique (statistique) que nous avons de ce fait, que certaines circonstances déterminées (l'hérédité, par exemple) coïncident extrêmement souvent avec l'aliénation mentale ou précèdent son début. Pour certaines autres causes, leur mode d'action et la manière dont elles amènent à leur suite le développement de la folie sont plus saisissables. — A ce propos je dirai que l'on devrait laisser à l'étiologie, dans le sens propre de ce mot, le soin de rechercher les causes que l'expérience nous apprend à connaître, tandis que l'objet de la pathogénie serait de mettre en lumière le

lien physiologique qui existe entre les causes et leur action, d'éclairer le mécanisme par lequel une circonstauce donnée, par exemple une émotion très pénible, une maladie du cœur, etc., peut être suivie de folie, problème dont nous possédons à peine jusqu'ici les éléments préparatoires.

§ 79. — Au point de vue de la pratique de la médeciue mentale, l'étiologie et surtout la pathogénie ont une importance extrême. En effet, bien que le vieil axiome, *sublata causa, tollitur effectus*, se trouve souvent en défaut, aussi bien en médecine mentale qu'en médecine générale, lorsqu'il s'agit d'une maladie arrivée à son complet développement et profondément enracinée, quoique d'un autre côté il y ait beaucoup de causes éloignées dont la médecine ne peut triompher, on voit encore assez souvent, surtout dans les cas récents, la suppression de quelques-unes de ces causes, qui ordinairement sont multiples et ont une action simultanée, être suivie de la guérison de la folie. Ce sont principalement ces périodes transitoires de la maladie et ces troubles organiques que la pathogénie nous montre comme intermédiaires entre les causes extérieures et leur résultat, c'est-à-dire la maladie cérébrale, qui offrent des indications thérapeutiques fort utiles. — Il est impossible de bien comprendre les maladies mentales, même au point de vue purement théorique, si l'on ne connaît pas pour chaque fait en particulier les causes qui ont amené la folie et le mode d'invasion de la maladie; aussi toutes les questions relatives à l'étiologie occupent-elles le premier rang dans l'étude de la médecine mentale.

Dans l'examen d'un malade, nous déduisons les circonstances étiologiques des renseignements qui nous sont donnés; ces renseignements doivent donc toujours être recueillis avec le plus grand soin et en entrant dans tous les détails. Il faut se tenir en garde contre les erreurs grossières que l'on pourrait commettre, si l'on admettait sans preuves les hypothèses que les parents ou l'entourage du malade font au sujet de l'invasion de la folie; il est aussi une faute grave que l'on doit soigneusement éviter, c'est de regarder comme étant les vraies causes de la maladie, soit des symptômes appartenant déjà à la folie elle-même, soit les dernières circonstances qui ont fortuitement déterminé son explosion. On ne doit pas se contenter de rechercher seulement les circonstances physiques ou morales qui ont précédé de près l'apparition de la folie; il faut se rappeler que la maladie actuelle peut être le résultat ultime de toutes les circonstances antérieures de la vie. La recherche des antécédents doit embrasser tout l'ensemble moral et physique de l'individu; il faut le prendre *ab ovo*, remonter même aux générations qui ont précédé la sienne, — disposition de famille, — constater le développement du corps, l'état de santé habituelle du malade, s'il est sujet à certaines ma-

ladies, s'il a été antérieurement malade; pour ce qui est de l'intelligence et du moral, on s'informera de même des antécédents de famille, des particularités congénitales de son caractère, du degré de développement intellectuel obtenu par l'éducation, de ses penchants dominants, de sa conduite, de ses rapports avec le monde, des événements qui ont pu l'atteindre et de la manière dont il les a supportés, etc.; en un mot, on cherchera à avoir une histoire complète du malade, au double point de vue moral et physique. Ce n'est qu'en agissant ainsi que l'on pourra avoir une idée exacte de l'invasion de la folie; c'est par cette seule méthode que l'on pourra saisir dès le début le fil délicat et fin des modifications intellectuelles qui ont abouti à la folie; c'est ainsi que dans beaucoup de cas où la maladie paraît avoir éclaté brusquement et sans motif, on pourra reconnaître qu'elle est le résultat d'un travail préparatoire déjà ancien, qui devait pour ainsi dire mathématiquement amener la folie. — Ces renseignements sont encore d'une grande importance au point de vue thérapeutique, puisqu'ils nous fournissent des indications précieuses, soit pour combattre certains états morbides invétérés et chroniques, soit pour détruire certaines causes morales, et que, en nous faisant connaître à fond le caractère du malade, ils nous permettent d'utiliser toutes les ressources que l'individu peut offrir en lui-même pour arriver à la guérison.

L'idée que l'entourage et les parents des aliénés se font de l'étiologie de la folie, est plus souvent erronée que juste; de plus, elle ne porte presque jamais que sur un seul côté de la question. On voit chaque jour les gens du monde et des médecins aussi prendre pour des causes de la maladie des symptômes d'aliénation au début, et même quelquefois des symptômes d'aliénation confirmée. Par exemple, il peut survenir au début de la folie un penchant — symptomatique — violent pour les boissons alcooliques, ou une surexcitation considérable des organes génitaux, qui amène des excès de coït ou d'onanisme; une excitation préexistante dans les sentiments affectifs peut conduire le malade à contracter une union irréfléchie, à faire des entreprises hasardeuses, à entamer des discussions religieuses, etc.; dans ces cas, on commet souvent la faute d'attribuer la folie à l'ivrognerie, à un amour malheureux, à des spéculations désastreuses, à la religion, etc. Il arrive très fréquemment aussi que l'entourage des malades, ou des médecins peu expérimentés considèrent des cas de folie comme étant de fraîche date, et attribuent la maladie mentale à des événements récents, tandis qu'un examen approfondi démontre qu'elle date déjà de plusieurs années. Pinel a rapporté le fait d'un aliéné chez qui la folie semblait dater seulement de neuf mois, alors qu'en réalité elle remontait à quinze ans.

Les aliénistes allemands ont le mérite d'avoir toujours étudié l'étio-

logie et la pathogénie des maladies mentales d'une façon plus approfondie et avec plus de bonheur que les médecins français. Tandis que ceux-ci, au moins jusque dans ces derniers temps, se sont bornés à dresser des tableaux abstraits de causes physiques et morales (Moreau de Jonnès, Brierre de Boismont, Parchappe), dans lesquels on a rangé à côté l'une de l'autre, comme étant des causes de même importance, l'ivrognerie, l'épilepsie, l'ambition, la prostitution, la politique, les revers de fortune, etc.; les aliénistes allemands (Heinroth et Ideler pour les causes morales; Bergmann, Flemming, Jacobi, Jessen, Nasse, Zeller, etc., soit pour les causes physiques, soit pour l'ensemble des causes morales et physiques) se sont généralement attachés à rechercher dans chaque cas en particulier tous les antécédents du malade, de manière à avoir son histoire complète ; grâce à cette méthode, on peut mieux apprécier l'ensemble de toutes les circonstances qui ont amené le développement de la maladie et le mécanisme par lequel ces circonstances se sont associées de manière à déterminer l'explosion de la folie (1).

(1) Peut-être les médecins allemands, comme le dit M. Griesinger, ont-ils étudié l'étiologie de la folie d'une manière plus approfondie que les médecins français. Cependant l'auteur ne va-t-il pas trop loin quand il assure que ceux-ci se sont bornés, au moins jusque dans ces derniers temps « à dresser des tableaux abstraits des causes physiques et morales ».

Pour prouver que ce reproche n'est pas mérité, il suffirait de rappeler avec quel soin Esquirol, le plus éminent des médecins français, recueillait les antécédents de ses malades. C'est ce qu'on peut voir en particulier dans son mémoire sur la folie à la suite de couches. On lui amène une malade de cinquante et un ans, et on le voit noter qu'elle a eu la petite vérole à *un an*, qu'elle a fait une maladie grave à *dix ans*, qu'elle a été réglée à *onze ans*. Puis, suivant des détails sur ce qui a eu lieu à vingt-cinq ans, à vingt-six ans, à trente-neuf ans, à quarante-sept ans, etc. Ces études étiologiques, faites avec un si grand soin par Esquirol, n'ont point été abandonnées par ses élèves. On peut s'en assurer en lisant de nombreux mémoires publiés sur divers points de la science et plusieurs monographies importantes.

Quant aux relevés statistiques sur les causes de la folie, je crois devoir faire remarquer que, pour être bien faits, ils supposent avant tout de bonnes observations dont ils ne sont en quelque sorte que le démembrement, mais qu'ils ne sauraient remplacer, pas plus que les éléments isolés d'un corps ne peuvent remplacer ce corps lui-même.

M. Griesinger fait remarquer plus bas, avec beaucoup de raison, que chaque cas de folie est en général produit par plusieurs influences morbides réunies; or, les relevés statistiques mal compris pourraient faire croire le contraire. Cependant les auteurs de ces relevés ne se sont fait à cet égard aucune illusion. M. Parchappe, par exemple, n'a pas manqué de reconnaître, comme le fait M. Griesinger, que la folie est souvent le résultat de causes multiples. « Celui-là, dit-il, se ferait une bien fausse idée de la génération de l'aliénation mentale, qui concevrait cette

§ 80. — Si l'on étudie d'un peu près l'étiologie des maladies mentales, on reconnaît bientôt que dans la très grande majorité des cas la maladie est produite, non pas par une seule cause unique et spécifique, mais bien par une série de circonstances et de conditions fâcheuses qui préparent d'abord, puis enfin par leur action simultanée, déterminent l'explosion de la folie. — Assez souvent le germe de la maladie existe déjà dès les premières années de la vie, à l'époque où le caractère commence à se dessiner ; qu'il se développe ou non par l'éducation et par les rapports de la société, il est rare de voir l'irritabilité morale anormale s'accroître d'elle-même progressivement et arriver par des transitions à peine sensibles à acquérir les proportions d'un trouble grave des fonctions intellectuelles. Bien plus souvent c'est sous l'influence de plusieurs impressions morales et de maladies physiques variables, agissant successivement ou simultanément, que la folie se développe, sans qu'on puisse attribuer à aucune d'elles en particulier ce fâcheux résultat; c'est l'ensemble de ces causes qui a déterminé l'explosion de la maladie. On la voit apparaître, par exemple, chez des individus qui ont des habitudes invétérées d'ivrognerie, sous l'influence d'une émotion vive ; dans d'autres cas, ce sont des chagrins domestiques ou une maladie du cœur, jointe à une disposition héréditaire, une couche et un chagrin violent ou une grande frayeur, ou bien encore un amour contrarié chez un sujet

maladie comme se produisant constamment sous l'influence d'une cause unique bien déterminée. Non-seulement il arrive très souvent que la cause déterminante a besoin, pour produire son effet, de trouver une organisation préparée par la prédisposition à recevoir son action, mais encore il n'est pas rare que les causes déterminantes s'associent pour engendrer l'aliénation, soit par une action simultanée, soit par une action successive. » A ces remarques si justes, je me bornerai à ajouter qu'à mon avis non-seulement le fait de l'existence simultanée ou successive de plusieurs causes n'est pas rare, mais qu'il est très commun. Ce qui me paraît assez rare, c'est la folie survenant en l'absence de toute prédisposition et par l'action d'une cause unique.

De ce que les relevés statistiques qui nous montrent les causes isolées ne peuvent remplacer les observations cliniques, il ne s'ensuit pas qu'ils n'aient pas une grande utilité à titre de complément, en nous montrant la répétition plus fréquente de telle ou telle cause, selon les âges, le sexe, la position sociale, selon le genre de folie, etc. En résumé, si les médecins français ont publié un grand nombre de relevés statistiques sur les causes de la folie, cela, je crois, ne les a pas empêchés, à l'exemple d'Esquirol, de s'attacher « à rechercher dans chaque cas en particulier les antécédents des malades, de manière à avoir son histoire complète ». C'est, en effet, la seule méthode qui permette « d'apprécier l'ensemble de toutes les circonstances qui ont amené le développement de la maladie et le mécanisme par lequel ces circonstances se sont associées de manière à déterminer l'explosion de la folie ». (B.)

tuberculeux. En un mot, dans l'étiologie de la folie on trouve ordinairement, non pas une cause unique, mais bien un ensemble de causes souvent nombreuses et complexes, se réunissant pour exercer sur l'organisme une influence fâcheuse, ou bien se joignant à un état morbide plus ou moins ancien.

Il est très difficile, dans cette étude de l'étiologie des maladies mentales, d'apprécier à leur juste valeur l'influence que chacune de ces causes peut avoir sur la production de la maladie; pour se faire une idée exacte des choses, il faut se garder de toute prévention pour ou contre telle ou telle théorie, il faut surtout examiner toutes les causes dans leur ensemble, sans donner la préférence à l'une d'elles au détriment des autres, ou même à une série de causes plutôt qu'à une autre (par exemple aux causes morales qu'aux causes physiques, et réciproquement). Ce n'est qu'en étudiant soigneusement les faits en présence desquels il se trouve, que le médecin peut asseoir son jugement; là où les données empiriques sur l'étiologie manquent d'une façon absolue, il ne faut pas vouloir y suppléer par des hypothèses; les causes que l'on constate dans un fait isolé n'acquièrent de valeur réelle qu'autant que dans l'examen de ce fait on se conforme aux principes d'une pathologie rationnelle.

Les circonstances que l'on est naturellement porté à regarder surtout comme des causes certaines d'aliénation sont celles dont on peut facilement suivre le mode d'action, dont les effets s'expliquent par la physiologie, ou dont l'influence, à défaut d'explication physiologique, est démontrée d'une façon évidente par la statistique. On ne saurait regarder un léger dérangement de l'estomac, un léger gonflement hémorrhoïdal, une gale qui s'est promptement guérie, comme étant des causes de folie: en effet, la statistique ne montre pas que ces maladies légères engendrent habituellement la folie; il n'y a aucun rapport évident entre le développement de la maladie mentale d'une part, et de l'autre la nature et la gravité de ces indispositions. Au contraire, les maladies du cœur, les lésions organiques des artères, comptent au nombre des causes réelles de la folie, parce qu'elles peuvent apporter un trouble dans la circulation cérébrale. Il en est de même des émotions morales profondes, bien que nous ne sachions absolument rien de leur mode d'action, parce que la statistique démontre que dans la grande généralité des cas la folie est précédée de violentes émotions. On ne saurait nier d'une façon absolue que la présence de vers dans l'intestin (ténia) puisse être une cause de folie, par la raison que l'on voit quelquefois cette même cause déterminer une maladie grave du cerveau (épilepsie). — On n'oubliera pas que, pour constituer une cause, il faut que la circonstance qu'on regarde comme telle ait réellement précédé l'influence qu'on lui rapporte; par exemple, de ce que la folie coïncide avec un dérangement notable de la digestion,

il n'en faut pas conclure pour cela que la folie soit le résultat d'une maladie chronique de l'abdomen. — Dans quelques cas les données étiologiques manquent absolument, et la folie s'établit graduellement, comme d'ailleurs beaucoup de maladies chroniques, sous l'influence de causes inconnues ; rien n'est plus faux que de supposer en pareil cas des causes organiques imaginaires, et de baser sur cette hypothèse un plan de traitement, comme cela s'est vu souvent, et principalement dans les écoles dites organiciennes.

§ 81. — De la comparaison attentive d'un grand nombre de faits, il résulte que l'étiologie des maladies mentales en général ne diffère nullement de celle des autres maladies du cerveau et du système nerveux. Ainsi l'étude des causes de l'épilepsie et des états d'irritation chronique de la moelle épinière nous offre des analogies très instructives sous le double rapport des prédispositions et des causes prochaines déterminantes. En dehors des circonstances prédisposantes (âge, hérédité, certains vices d'éducation, etc.), on retrouve dans toutes ces maladies deux modes pathogéniques distincts. Dans l'un, la maladie est primitive, elle est le résultat d'influences agissant directement sur le cerveau (commotion, blessures, fatigue excessive et épuisement du cerveau et du système nerveux tout entier, alcooliques, narcotiques, surexcitation morale par suite d'émotions violentes, etc.). Dans le second mode, l'affection cérébrale est secondaire, elle est consécutive à des lésions survenues dans un autre point de l'organisme et qui ont ensuite réagi sur les fonctions cérébrales elles-mêmes. Ces divers états morbides paraissent agir sur le cerveau de trois manières principales : 1° ils déterminent ou favorisent le développement de troubles dans la circulation du cerveau (hypérémie, anémie), comme le font les maladies du cœur et des artères ; 2° le cerveau est le siége d'une irritation nerveuse que l'on ne peut guère se représenter autrement que comme le résultat de la transmission, du transport, d'une irritation d'un point périphérique du système nerveux à l'organe central (blessure d'un nerf, influence des organes génitaux, etc.); 3° la nutrition du cerveau se fait d'une façon incomplète, le cerveau est excité par suite de l'introduction dans le sang d'éléments viciés ou défectueux (anémie générale).

Toutefois il est extrêmement difficile de distinguer d'une manière absolue les cas où la folie est primitive de ceux où elle est secondaire ou consécutive ; il en est ici comme de l'épilepsie, pour laquelle ce diagnostic a été tenté bien des fois. Ces difficultés s'expliquent par ce double motif, que d'un côté on trouve ordinairement dans l'étiologie plusieurs causes agissant concurremment, mais chacune d'une façon différente, et que d'un autre côté certaines causes isolées, par exemple les émotions déprimantes, peuvent non-seulement chez différents sujets, mais encore chez

le même individu, provoquer tantôt une maladie primitive du cerveau, tantôt au contraire une maladie cérébrale secondaire, consécutive à une affection chronique d'un autre organe ou à un ébranlement profond de la santé générale.

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic différentiel, toutes les fois qu'il peut être démontré, est très intéressant et mérite toute notre attention. Il concorde en partie avec le diagnostic entre les maladies mentales liées à une lésion anatomique du cerveau et de ses membranes, et celles qui existent sans altération organique palpable dans la cavité du crâne. A ce dernier groupe se rattachent la plupart des folies transitoires, qui sont sous la dépendance d'un état morbide siégeant dans un autre organe, et qui constituent simplement une lésion fonctionnelle (par exemple, folie hystérique liée à l'anémie ou à une maladie des organes génitaux). Dans le premier groupe, au contraire, la maladie cérébrale a un caractère plus fixe, plus indépendant, comme dans la démence paralytique, dans l'affaiblissement chronique des facultés intellectuelles chez les ivrognes, etc.

En passant en revue dans les paragraphes suivants les différentes catégories de circonstances étiologiques, nous étudierons avec soin leur mode d'action. Dans leur énumération, nous adopterons la division usuelle en causes prédisposantes et causes proprement dites (la dénomination de causes déterminantes ou occasionnelles ne me paraissant pas très exacte), bien que parmi ces causes il y en ait (les dérangements des règles, les influences morales, etc.) qui agissent tantôt en prédisposant à la maladie, tantôt en déterminant son explosion.

SECTION II.

PRÉDISPOSITION AUX MALADIES MENTALES.

§ 82. — Si l'on considère d'une part l'extrême fréquence des influences nuisibles que nous avons énumérées parmi les causes de la folie, et de l'autre si l'on songe combien il est rare relativement de voir ces influences déterminer l'explosion de la maladie, on est bien obligé d'admettre qu'il existe certaines circonstances qui préparent de longue main le développement de la folie, et que, dans les cas où les causes déterminantes, parfois légères, ont pu faire éclater la maladie, c'est qu'elles ont rencontré une sensibilité toute particulière, une véritable prédisposition. Dans l'état actuel de la science, on se trouve dans la nécessité d'admettre cette même hypothèse pour la plupart des maladies du système nerveux.

Les cas de blessures sont innombrables, et cependant le tétanos est rare; un grand nombre d'enfants ont des vers, et pourtant on en voit peu tomber dans les convulsions; une foule d'individus vivent au milieu de conditions qui ont une influence bien connue sur le développement des maladies mentales, et malgré cela il en est peu qui deviennent aliénés par le fait seul de ces conditions. —Il pourrait sembler que c'est se payer d'un mot vide de sens pour expliquer une chose qui nous est tout à fait inconnue, que d'admettre cette prédisposition spéciale aux maladies nerveuses. Mais dans certains cas un examen approfondi nous permet de pénétrer dans certaines limites les rapports intimes qui existent entre cette disposition et la production de la maladie. On sait, par exemple, que le tétanos est plus fréquent dans les pays chauds à la suite des blessures que dans nos climats; que le refroidissement ou une excitation morale en favorise l'explosion. Il en est de même pour la folie; nous savons par l'expérience qu'il y a des circonstances qui ont une action réelle sur son apparition, soit qu'elles la préparent simplement, soit qu'elles la favorisent. L'étude de la prédisposition aux maladies mentales a pour objet de rechercher l'influence de la nationalité, du climat, des saisons, du sexe, de l'âge, de la disposition sociale, etc., — conditions qui n'agissent que d'une manière éloignée, et que la statistique nous révèle, sans que nous puissions pénétrer le mécanisme de leur action, — et d'apprécier leur influence sur la production de la folie. D'un autre côté, en dehors de ces conditions générales, elle a aussi à analyser les prédispositions individuelles, congénitales ou acquises, hérédité, éducation, constitution, particularités du caractère, habitudes vicieuses, etc. — Les prédispositions ont une influence bien plus réelle, plus grave et plus fréquente sur le développement de la folie, que les causes occasionnelles; cela est hors de doute. L'individu qui porte en lui une prédisposition marquée, d'une espèce déterminée, est déjà très exposé à ce que les causes occasionnelles les plus légères provoquent chez lui l'explosion de la folie; celui au contraire qui n'a pas de prédisposition à l'aliénation, peut le plus souvent subir l'influence des causes occasionnelles les plus graves sans danger pour sa raison.

CHAPITRE PREMIER.

PRÉDISPOSITION GÉNÉRALE.

§ 83. — 1° *Nationalité.* — Sous ce titre sont réunies une foule de conditions diverses. Le climat, la fertilité du sol, les occupations prédo-

minantes d'un pays, les idées religieuses, le degré de civilisation, de bien-être et de la moralité publique, les destinées antérieures du peuple, les diverses formes de gouvernement, toutes ces circonstances concourent à donner à une nation un cachet particulier, un type constant qui se transmet de sexe en sexe. Mais ces diverses circonstances n'agissent que par leur concours et leur association, et il me paraît impossible d'accorder à chacune d'elles en particulier l'influence que simultanément elles peuvent exercer sur la production de la folie. Ce n'est qu'au point de vue statistique qu'on peut établir une comparaison entre les différentes nations sous le rapport de la fréquence ou de la rareté de la folie ; et encore cette étude ne donne-t-elle que des résultats peu satisfaisants. — Il n'est peut-être pas de pays au monde sur lequel nous possédions des statistiques absolument rigoureuses ; quant aux pays sur lesquels nous avons des données assez exactes, on éprouve une certaine hésitation à adopter les résultats que nous fournit la statistique comparative, parce que dans tous ces pays elle n'est pas dressée d'après la même méthode, parce que, en particulier, on confond souvent deux états très différents par leur nature, la folie proprement dite d'une part, et de l'autre, l'idiotie et le crétinisme, ce qui, comme il est aisé de le comprendre, amène de grandes différences dans les chiffres (1). Pour certains pays même, nous n'avons pour apprécier le degré de fréquence de la folie que les chiffres d'ailleurs très variables des aliénés renfermés dans les asiles. Bien qu'ils soient entachés d'une inexactitude manifeste, les résultats de cette statistique n'en ont pas moins une importance capitale. — Je dois signaler encore ici un point qui peut être la source de grosses erreurs, mais que nous ne pouvons pas élucider d'une manière complète, c'est la durée probablement différente de la vie des aliénés dans les divers pays, circonstance qui peut, dans les contrées où ils vivent plus longtemps, faire croire à un nombre plus grand d'aliénés.

§ 84. — Pour l'Allemagne, nous trouvons une foule de statistiques

(1) C'est à tort assurément, comme le fait remarquer M. Griesinger, que l'on confond dans les statistiques, sous un même titre, l'idiotie et la folie, deux états très différents par leur nature. Mais, dans ces mêmes statistiques, on confond bien plus souvent encore la folie et la paralysie générale, deux maladies aussi très distinctes. Les paralytiques sont désormais si nombreux dans les asiles, que cette confusion est une cause d'erreur pour tous les relevés statistiques, soit qu'il s'agisse de l'influence du sexe, des âges, de la proportion relative des causes physiques et morales, etc., ou bien encore de la durée de la maladie, de la mortalité, etc. Depuis longtemps j'ai insisté sur ces faits dans mes leçons et essayé de démontrer la nécessité de séparer complétement la paralysie générale de la folie. (B.)

de différentes époques, et d'une valeur très différente. Je ne citerai ici que les plus intéressantes (1).

Dans les provinces rhénanes de la Prusse, en 1828, le chiffre des aliénés par rapport à celui de la population était de 1 : 1027 hab.; plus tard Jacobi le portait à 1 : 666 hab. ; — en 1836, en Westphalie, la proportion était de 1 : 1590 hab., et en comprenant les idiots, 1 : 846 hab.; — dans la Silésie, en 1832, ce chiffre était de 1 : 1160 hab. ; en 1852, on comptait dans cette province 2147 aliénés dont 969 atteints d'idiotie soit depuis la naissance, soit dès la plus tendre enfance ; — en Saxe, en 1836, ce chiffre était de 1 : 968 hab. ; — dans la Poméranie, en 1847, il était de 1 : 931 hab.

Pour l'Autriche nous avons peu de statistiques. En 1849, dans les douze provinces de l'empire, sur 22 643 000 hab., on comptait 6254 aliénés renfermés dans les asiles (huit de ces provinces n'avaient pas encore d'asiles). — En Moravie et dans la Silésie autrichienne, il y avait, en 1857, 1740 aliénés, dont 1275 atteints de folie congénitale, de sorte que (en comprenant ces derniers) il n'y avait que 7,8 aliénés sur 10 000 hab.

Les statistiques récentes faites dans les petits États d'Allemagne nous fournissent des résultats plus exacts et plus admissibles. Dans le Wurtemberg, qui comptait, en 1832, 1 aliéné sur 1500 hab. (non compris les idiots), on trouvait, en 1853, 1917 aliénés et 3740 idiots; soit 1 : 943 hab. — Dans le Hanovre, en 1856, on a compté 3084 aliénés (1 : 590) ; — dans le duché de Bade, en 1850, il y avait environ 3000 aliénés en tout (y compris les crétins), soit 1 : 454 hab. — Dans le palatinat de Bavière (d'après M. Dick) il y avait, en 1856, 418 aliénés (1 : 1374 hab.) et 563 idiots (1 : 1020 hab.) ; — dans le district bavarois de la Franconie supérieure (d'après Stahl), en 1850-1853, on comptait environ 450 aliénés, soit 1 : 1046 hab. ; — dans l'Oldenburg, en 1845, il y avait 1 aliéné (y compris les idiots) sur 636 hab. ; — la même année on comptait dans le Brunswick. 1 aliéné sur 539 hab. ; — dans les trois duchés d'Anhalt, en 1849, environ 1 aliéné sur 450 hab. ; — dans le Nassau, en 1840, 1 aliéné sur 607 hab., et en 1856, 1 sur 378 hab. — Les différences capitales que l'on trouve dans ces statistiques viennent certainement, non pas de ce qu'il existe réellement de grandes différences dans le nombre des individus véritablement aliénés, mais

(1) J'ai puisé, sous ce rapport, aux meilleures sources, jusqu'à l'année 1859 ; mais j'ai dû me borner aux anciennes statistiques, parce qu'il n'y en a pas de plus récentes. J'aurais dû citer toutes les sources où j'ai puisé, mais il y en avait trop, et j'ai dû me restreindre aux plus importantes.

(*Note de l'auteur.*)

principalement de ce que la fréquence de l'idiotie et du crétinisme est très variable, et surtout aussi de ce que toutes ces statistiques n'ont pas été faites d'après les mêmes principes et la même méthode. Quoi qu'il en soit, ces relevés récents donnent tous ce résultat commun que la moyenne estimée autrefois à 1 aliéné sur 1000 hab. est beaucoup trop faible aussi bien pour l'Allemagne que pour la plupart des États de l'Europe centrale, et qu'elle doit plutôt être portée pour l'Allemagne (y compris les idiots) à 1 : 500 hab. D'après M. Laehr, en 1852, les asiles d'aliénés dans toute l'Allemagne contenaient 11 622 malades.

En France, les anciennes statistiques comptaient 1 aliéné sur 1900 hab., ou d'après l'évaluation probablement plus juste de MM. Pierquin et Brierre de Boismont, 1 : 1000; une statistique plus récente (1852) donnait 1 : 800 hab. — Pour la Belgique, en 1835, la proportion des aliénés était de 1,22 : 1000 ; d'après M. Guislain ce chiffre serait trop faible, mais comme il le reproduit lui-même dans ces Leçons orales, en 1852, il semblerait qu'il n'existe pas de statistique plus récente. Du reste le nombre des aliénés varie beaucoup dans les différentes provinces. Dans la Flandre orientale, ce chiffre serait de 1,73, et dans la Flandre occidentale, de 1,33 : 1000 hab. ; — pour le Luxembourg, il serait seulement de 0,51 : 1000 hab. — A Gand, d'après M. Guislain, il y aurait 1 aliéné sur 302 hab., et dans la province de Gand, 1 : 1473 hab. ; en 1853 le nombre total des aliénés approchait de 5500. — En Hollande, on trouvait, en 1850, 3056 aliénés (1 : 1000 hab.) ; M. Schrœder van der Kolk trouve ce chiffre trop faible et le porte à 1 : 800 hab.

En Angleterre, Écosse et Irlande, on comptait, en 1847, dans les asiles 41 810 malades. Le chiffre des aliénés par rapport à celui de la population était estimé par M. Pierquin à 1783 ; par M. Hitch pour le seul comté de Galles, à 1500 ; par M. Tuke, en 1858, pour l'Angleterre et le pays de Galles, à 1300 (y compris les idiots) ; en 1855, la proportion était (idiots compris) pour l'Écosse, de 1 : 390 et pour l'Irlande, de 1 : 569.

Pour le Danemark, non compris les duchés et les colonies, une statistique de 1847 donnait 1761 aliénés et 1995 idiots et crétins. Pour les îles Féroé, on trouvait 1 aliéné sur 114 hab.; mais sur ce nombre un tiers environ sont des crétins. — En 1835 on comptait en Norvége 1 aliéné sur 334 hab.; en 1845, 1 : 309; en 1855, 1 : 239. La dernière statistique comprenait 6240 aliénés, mais sur ce chiffre il y avait 4911 idiots dont les deux tiers environ l'étaient de naissance.

Pour ce qui est de l'Italie et de l'Espagne, je ne connais pas de statistiques considérables ou admissibles.

Quant aux pays du Levant, nous ne pouvons pas encore faire une évaluation exacte de la fréquence de la olie. Il y a cependant quelques

exceptions : ainsi à Malte, en 1836, on comptait 1 aliéné sur 700 à 800 hab. ; parmi la population grecque de Smyrne, M. Moreau estime qu'il y a 1 aliéné sur 100 hab. Ces chiffres, bien qu'isolés, ont une certaine importance, en ce qu'ils nous montrent que, malgré la grande différence des climats, on retrouve dans les pays où la civilisation européenne prédomine la même proportion d'aliénés qu'en Europe. — On admet généralement que le nombre des aliénés est plus faible en Orient que dans l'Europe civilisée ; je ne veux pas le nier, mais j'ai pu m'assurer que dans les villes un grand nombre d'aliénés figurent comme mendiants ou comme des saints, etc. ; le Caire, par exemple, fourmille d'individus qui sont au moins dans un état de demi-imbécillité, sinon d'imbécillité complète ; on se tromperait beaucoup si l'on voulait juger de l'état réel des choses d'après le petit nombre des aliénés renfermés à Boulak (asile du Caire). Tant il est vrai que le plus souvent les remarques des voyageurs sur la fréquence de la folie dans les pays peu ou point civilisés n'ont aucune valeur scientifique (1).

Pour les États-Unis d'Amérique, on comptait, en 1825 dans l'état de New-York, 1 aliéné sur 700 à 800 habitants ; dans l'état de Massachusetts, en 1854, (y compris les idiots) 1 : 302 hab. ; en 1849 une statistique générale de tous les États de l'Union donnait 1 : 500. Des travaux récents indiquent une proportion beaucoup plus considérable. D'après M. Brigham, de Boston, la proportion des aliénés dans l'Amérique du Nord est trois fois plus grande qu'en Angleterre, ce qui s'explique par les agitations perpétuelles du commerce, de la politique et de la religion. — Dans les États de la Plata, l'aliénation mentale est très fréquente (Saurel). — Aux Indes occidentales, elle n'est pas rare, mais elle est moins fréquente qu'en Europe (M. Wise, médecin d'un asile d'aliénés au Bengale).

§ 85. — Les contradictions et l'exiguïté de ces statistiques démontrent évidemment que nous manquons pour ainsi dire des premiers éléments nécessaires pour résoudre cette question si ambiguë et si controversée, de savoir si les progrès de la civilisation ont augmenté le nombre des aliénés. Nous n'avons pas de statistiques dignes de foi sur les pays non civilisés à comparer avec celles des pays civilisés ; nous n'avons pas non plus de renseignements suffisants sur les siècles passés pour les mettre en parallèle avec notre époque. Mais, quand même nous aurions tous les

(1) Je laisse au lecteur le soin de juger à son gré le fait avancé par le docteur Butler qui, après avoir passé vingt-cinq ans chez les Indiens-Cherokée, dit ne jamais avoir vu un cas bien caractérisé de folie (Bucknill et Tuke, *Psychological medicine*. London, 1858, p. 46).

(*Note de l'auteur.*)

éléments nécessaires, la statistique ne pourrait pas plus pour cela pénétrer au fond de cette question si complexe.

La question de l'influence de la civilisation moderne devrait plutôt se décomposer en une série de problèmes isolés, tels que l'influence de l'accroissement constant de la population des grandes villes, l'influence du travail des fabriques qui prédomine dans certaines populations, l'influence de l'extension de la presse, de l'instruction, etc. — On peut admettre quant à présent, je crois, que l'accroissement du nombre des aliénés, que l'on observe presque partout à notre époque, n'est qu'apparent : il y aurait plus d'aliénés aujourd'hui qu'autrefois parce que la population s'est accrue, parce que l'on met plus de soin à rechercher et à constater la folie, et aussi parce que le sort des aliénés dans les asiles s'étant beaucoup amélioré, la durée de leur vie est prolongée, les admissions y dépassent de beaucoup les cas de mort, et partant le nombre des fous que renferment ces établissements va sans cesse en augmentant. Il n'est pas impossible, je le répète, qu'il en soit ainsi ; mais cela me paraît très peu probable ; je préfère me ranger à l'opinion de la plupart des aliénistes d'aujourd'hui, à savoir que l'augmentation du nombre des maladies mentales, à notre époque, est une chose réelle, en rapport avec l'état de la société actuelle, dans laquelle certaines causes, dont l'influence est évidente, bien qu'on ne puisse l'exprimer en chiffres, ont acquis une intensité et une extension plus grandes qu'autrefois (1). L'activité imprimée de nos jours à l'industrie, aux arts et aux sciences, a pour résultat immédiat un surcroît d'activité des facultés cérébrales ; nous nous éloignons chaque jour davantage des mœurs primitives ; les jouissances physiques et intellectuelles vont sans cesse s'accroissant ; de nouveaux penchants, des passions inconnues autrefois existent aujourd'hui ; l'éducation libérale, qui fait chaque jour des progrès, développe une ambition que le plus petit nombre peut seul satisfaire, et qui, le plus souvent, engendre de cruelles déceptions ; l'agitation industrielle, poli-

(1) Pour juger cette question de l'augmentation du nombre des aliénés, il importe de tenir compte d'un fait qui n'a jamais été contesté, c'est que les grandes villes, comme le dit plus bas M. Griesinger, fournissent plus d'aliénés que les campagnes. Or, n'est-il pas certain que la population des villes s'accroît dans une proportion beaucoup plus rapide que celle des campagnes? En France, ne suffit-il pas de citer Paris, Lyon, Marseille, Rouen, le Hâvre, Lille, etc.?

Les grandes villes renfermant des conditions spéciales propres au développement de la folie, comment s'étonner que cette maladie devienne aussi plus fréquente?

Il importe de faire remarquer que la paralysie générale est d'ailleurs l'une des causes principales de l'augmentation du nombre des aliénés dans les grands centres de population. (B.)

tique et sociale, gagne chaque individu en particulier comme elle atteint les masses. On vit plus vite ; la fièvre du gain et des jouissances qui caractérise notre époque, la discussion incessante et passionnée de toutes les questions politiques et sociales, tiennent aujourd'hui la société dans un état perpétuel de surexcitation. On peut dire avec M. Guislain que les conditions dans lesquelles vit la société moderne en Europe et en Amérique, entretiennent un état d'excitation cérébrale qui ressemble assez à l'ivresse, état qui s'éloigne beaucoup des conditions naturelles et qui doit disposer aux troubles intellectuels. A ces causes il faut en ajouter d'autres encore. L'influence démoralisatrice des grandes villes — à Paris on compte 63 000 individus qui vivent de moyens déshonnêtes et aux dépens de la société ; à Londres, il y a des milliers d'enfants livrés au crime et à la prostitution ; — le célibat, les agitations religieuses, etc., ont aussi une action incontestable. Mais il ne faut pas oublier d'un autre côté que l'accroissement du bien-être, l'extension des connaissances et une hygiène mieux entendue peuvent contre-balancer ces influences mauvaises ; que l'ivrognerie dans tous les pays probablement, mais surtout dans ceux où autrefois elle occupait le premier rang parmi les causes de la folie, comme en Angleterre, tend à devenir de moins en moins fréquente ; que la science moderne dans les pays civilisés possède des moyens de guérison qui étaient inconnus jadis, et qu'enfin toutes ces circonstances doivent compenser au moins dans certaines limites les influences fâcheuses que nous avons énumérées.

On dit (1) que le nombre des fous en Angleterre a doublé en l'espace de vingt ans. Naturellement ni la population ni la civilisation ne se sont accrues dans la même proportion, on peut en dire autant des pays où la folie n'a augmenté que dans une proportion plus faible, par exemple, du Wurtemberg, où dans l'espace de vingt et un ans le nombre des aliénés s'est accru de 1 : 1500 à 1 : 943. Mais aussi il est impossible que l'on veuille toujours rapporter tout ce qui distingue notre siècle des siècles précédents aux seuls progrès de la civilisation. D'après cela il faudrait aussi attribuer aux progrès constants de la civilisation, le perfectionnement sans cesse croissant des engins de destruction pour la guerre ! — La diminution de l'ivrognerie, voilà un des résultats réels de la civilisation ; loin d'engendrer de nouvelles maladies, elle a au contraire pour effet de conserver la force et la santé des générations et de prolonger la vie. Voilà un progrès réel !

Il est bien avéré que les grandes villes fournissent plus d'aliénés que les campagnes. Mais, que les travaux agricoles ou manufacturiers exer-

(1) Bucknill et Tuke, *loc. cit.*, p. 32.

cent une influence considérable sur la fréquence de la folie, que le commerce exerce sur les nations qui s'y livrent une fâcheuse influence, que le catholicisme ou le protestantisme favorise le développement de la folie, voilà autant de questions que nous sommes dans l'impossibilité de résoudre actuellement, surtout en raison de la multiplicité des influences qui agissent simultanément dans ces diverses circonstances. Quelle utilité peut-on trouver à entasser des arguments pour ou contre la statistique et à vouloir résoudre des questions inexplicables, alors que l'on n'a pas tous les éléments nécessaires ?

Il est intéressant de voir combien les grandes commotions politiques ont eu peu d'influence sur la fréquence des maladies mentales, tandis qu'à priori on pouvait s'attendre au contraire. C'est ce qu'Esquirol avait déjà remarqué lors de la première révolution française. Les médecins français et allemands, sauf peut-être M. Brierre de Boismont, ont également constaté que les mouvements révolutionnaires de 1830 et de 1848 n'ont pas donné lieu à une augmentation notable de la folie. Pour les gens du monde, l'influence des révolutions paraît considérable, parce que la politique fait le fond du délire des aliénés et lui donne une couleur spéciale; mais cela n'est que très accidentel.

§ 86. — 2° *Sexe.* — L'un des deux sexes est-il plus disposé que l'autre à la folie? Nous n'avons pas de documents statistiques suffisants pour résoudre cette question. On trouve dans la science beaucoup de notes et de statistiques, mais qui ne nous offrent pas toutes les garanties d'exactitude désirables; en particulier, tous les comptes rendus, basés uniquement sur la statistique des asiles d'aliénés, sont insuffisants et erronés. Il est vrai que les femmes, surtout avant les grandes améliorations qui ont été récemment introduites dans les asiles, étaient en grande minorité; cela tient peut-être à ce que les familles ont plus de peine à s'en séparer, et aussi à ce que les femmes sont plus faciles à soigner et à contenir. Fuchs, en 1833, mettant en parallèle les statistiques d'un grand nombre d'asiles, a estimé que la proportion des cas de folie chez l'homme et chez la femme était = 100 : 75; la France et la Hollande seules faisaient exception, le nombre des femmes dans ces deux pays était plus considérable que celui des hommes. Dans ces derniers temps les asiles allemands semblaient contenir encore une quantité notablement plus grande d'hommes que de femmes; par exemple l'asile de Siegburg (Jacobi) a reçu en 18 années 900 hommes et 566 femmes; celui de Winnenthal (M. Zeller), en 10 ans, 396 hommes et 251 femmes ; d'un autre côté, l'asile de Saint-Yon, à Rouen (M. Parchappe), dans une période de 8 ans, de 1835 à 1843, a reçu exactement le même nombre d'hommes et de femmes.

Mais toutes ces statistiques ne démontrent pas que la folie soit réelle-

ment plus fréquente dans l'un ou l'autre sexe (1). Esquirol, qui avait fait une statistique portant sur 70 000 aliénés de tous les pays, — statistique qui pour cela n'était pas fondée sur des bases plus solides que celles des autres auteurs, — Esquirol, dis-je, trouvait une très légère différence entre les deux sexes ; les femmes étaient un peu plus nombreuses. Pour l'Angleterre, la Norvége, le Danemark, la Russie et l'Amérique du Nord, ainsi que pour les provinces prussiennes de Westphalie et de Saxe, et pour les départements du sud de la France, la statistique a indiqué jusqu'ici plus d'hommes que de femmes ; au contraire, pour les départements du nord de la France et pour les Pays-Bas, on trouve plus de femmes que d'hommes. Il en est de même pour le Wurtemberg (statis-

(1) Je crois, quant à la proportion de la folie dans les deux sexes, devoir faire remarquer pour Paris un fait très important dont il est impossible de ne pas tenir compte, c'est que le nombre des hommes aliénés s'accroît beaucoup plus rapidement que celui des femmes ; ce fait ressort des statistiques de Bicêtre et de la Salpêtrière, publiées par l'administration de l'Assistance publique :

	Hommes.	Femmes.
De 1801 à 1810 il est entré	1590	2880
De 1811 à 1820 il est entré	2651	4139
De 1821 à 1830 il est entré	3560	4762
De 1831 à 1840 il est entré	5059	6746

Depuis 1840, la proportion tend de plus en plus à s'égaliser.

Dans les deux dernières années, si l'on distrait les idiots et les épileptiques, on trouve même que le nombre des hommes est devenu plus fort que celui des femmes. En effet, il est entré, en 1860 et 1861, 1538 hommes et 1433 femmes. Ce fait singulier de l'augmentation croissante de la proportion des hommes serait encore plus tranché si l'on n'envoyait pas à la Salpêtrière, dans le service des aliénées, beaucoup de femmes atteintes de démence sénile.

Ainsi, on reçoit à la Salpêtrière 24 femmes sur 100 âgées de plus de soixante ans, tandis qu'à Bicêtre il n'entre que 13 hommes sur 100 au-dessus du même âge.

Cette proportion croissante du nombre des hommes paraît être aussi grande dans les asiles privés consacrés aux classes riches. Nous reviendrons d'ailleurs avec détail sur ce point en parlant de la paralysie générale. C'est en effet par le nombre beaucoup plus grand des cas de paralysie générale chez les hommes que les résultats indiqués plus haut nous paraissent surtout devoir être expliqués.

Il importe encore, quand on veut juger la proportion comparée des hommes et des femmes dans les asiles, de séparer avec soin les entrées par suite de rechute.

Ainsi, à la Salpêtrière il est entré en 1860 et 1861, pour les cas de folie seulement, et en défalquant les épileptiques et les idiotes, 231 femmes par suite de rechute.

A Bicêtre, au contraire, on ne compte, pour les hommes, que 139 rechutes.

(B.)

tiques de 1832 et 1853), la Bavière et la Hollande, d'après une statistique récente. Tous ces relevés paraissent demander confirmation ; ils ne permettent nullement de déduire une conclusion générale, mais ils démontrent que la proportion des aliénés n'est pas la même pour les deux sexes dans les différents pays.

Il serait également inadmissible de vouloir tirer à priori des conclusions relativement à certaines causes spéciales au sexe féminin, en raison de leur fréquence et de leur gravité ; en effet, si les troubles de la menstruation, si la grossesse, l'accouchement, sont fréquemment des causes de folie chez la femme, on trouve aussi chez l'homme une foule d'autres circonstances propres à ce sexe, et d'abord l'ivrognerie qui est beaucoup plus fréquente chez l'homme, les travaux intellectuels, les luttes de l'ambition, des émotions violentes, etc., toutes circonstances qui ont en général une influence réelle sur le développement de la folie. Chez les femmes on trouve fréquemment des formes légères de maladies mentales qu'il est facile de cacher, et qui permettent de garder les malades dans les familles, tandis que ces mêmes formes mentales survenant chez des hommes, les mettent dans l'impossibilité de continuer leurs travaux et ne permettent pas qu'on les garde dans les familles.

Pour ce qui est de l'influence du mariage et du célibat, tout le monde est d'accord sur ce point, que la folie est plus fréquente chez les hommes non mariés, plus fréquente au contraire chez les femmes mariées, ce qui peut s'expliquer pour ces dernières en ce qu'elles se marient plus tôt que les hommes. Parmi les veufs, c'est le sexe féminin qui domine, peut-être est-ce parce que, en perdant leur mari, les femmes perdent aussi leur soutien et leur appui. La statistique de quelques pays, celle par exemple de la Bavière rhénane pour 1856, donne pour les veuves des chiffres très élevés. Du reste, M. Zeller fait remarquer avec beaucoup de justesse, que si le célibat paraît présenter plus d'occasions d'aliénation, il y a cependant aussi beaucoup de cas où le mariage et des événements fâcheux qui en résultent sont la vraie cause de la folie.

§ 87. — 3° *Age.* — Aucun âge n'est complétement à l'abri de la folie, mais toutes les statistiques sont d'accord sur ce fait, que certaines périodes de la vie y sont surtout exposées.

Dans l'enfance, avant la puberté, la folie n'est pas fréquente, mais cependant on observe déjà presque toutes les formes mentales.

Ce que l'on trouve le plus souvent à cet âge, ce sont les différentes espèces de faiblesse intellectuelle, depuis un simple arrêt de développement jusqu'à l'idiotie la plus profonde. Nous nous occuperons en détail de cette forme de l'aliénation dans le livre III de cet ouvrage (idiotisme).

En seconde ligne, par ordre de fréquence, vient la manie avec ses

degrés et ses symptômes divers. Tantôt c'est une irritabilité modérée persistante ou même habituelle du caractère, l'enfant est irascible, entêté, querelleur, méchant, porté à la destruction; c'est une espèce de folie raisonnante (*moral insanity*), rappelant tout à fait ce que l'on voit chez l'adulte, et que l'on prend quelquefois simplement pour un mauvais caractère. Tantôt, c'est un état d'agitation également persistante, mais beaucoup plus intense; on ne peut parvenir à maintenir l'enfant en place, il va et vient constamment, mais sans but; l'intelligence est presque nulle, il y a perversité des sentiments avec une surexcitation qui, dans les cas où le développement intellectuel est fortement compromis, fait bientôt place à un affaiblissement profond des facultés psychiques. Il n'est pas possible de tracer ici les limites exactes qui séparent cet état de la forme versatile de la démence infantile; ce sont des enfants qui ne peuvent rester un instant en repos, qui bavardent sans cesse et d'une façon incohérente, qui ne sont pas susceptibles d'attention, rôdent, crient et rient sans cesse, etc., forme, d'ailleurs, qui, d'après M. Seguin, n'entraîne pas toujours un pronostic fâcheux, quand on peut lui opposer un traitement approprié. Quelquefois enfin on observe chez les enfants des accès plus ou moins prolongés de manie confirmée.

M. Romberg (*Deutsche Klinik*, 1851) a vu un enfant de six ans qui fut pris plusieurs fois d'un irrésistible penchant à la destruction, il brisait tout, courait dans les rues un couteau à la main, et l'on avait beaucoup de peine à s'en rendre maître (ce petit malade a guéri). On voit quelquefois des enfants très jeunes, de trois à quatre ans, pousser des cris, manifester une audace sauvage, frapper à tort et à travers, mordre, chercher à tout détruire; cet état chez eux n'est que temporaire, et doit être regardé comme de véritables accès de manie. Ces accès alternent quelquefois avec des attaques d'épilepsie, de chorée, de stupeur, d'extase ou de catalepsie, dans lesquelles les enfants restent plongés pendant des heures ou des journées entières, les yeux ouverts, le regard fixe, conservant des positions bizarres, poussant de temps à autre de grands cris, etc., états qui semblent tenir par plus d'un point à l'épilepsie, à la chorée, au somnambulisme et à la folie. Dans la chorée ordinaire, les troubles intellectuels ne sont pas rares; ils sont quelquefois légers, le malade pleure ou rit sans motif, il est indocile, emporté, la mémoire est faible, il a des hallucinations, etc., tantôt au contraire ils sont plus intenses, il y a une surexcitation générale des facultés mentales, qui dégénère en délire maniaque et peut se terminer par la mort, mais qui peut ainsi guérir ou se terminer par la folie chronique. (M. Marcé, *De l'état mental dans la chorée; Mém. de l'Acad. de méd.*, XXIV, 1860.)

On observe aussi dans l'enfance, mais beaucoup plus rarement, la mélancolie et ses diverses variétés. Si l'on examine attentivement les faits, on

verra que l'hypochondrie n'est pas très rare chez les enfants, surtout quand les parents prennent des soins exagérés de la santé de l'enfant. Ces petits malades exagèrent leurs moindres maux, c'est leur unique préoccupation, et peu à peu, en dehors de leur idée fixe, rien ne peut plus les émouvoir, absolument comme cela se voit chez les adultes hypochondriaques; quand les enfants remarquent qu'on fait toutes leurs volontés, qu'on ne leur refuse rien parce qu'ils sont malades, c'est alors surtout qu'ils exagèrent leur état. On observe aussi chez les enfants des états de mélancolie simple dont le fond est un sentiment général d'inquiétude, et l'augmentation que l'on a signalée dans ces derniers temps des cas de suicide chez les enfants, doit avoir le plus souvent sa source dans l'existence de la perversion mélancolique. (Voy. livre III, chap. IV.) La démonomanie s'observe aussi quelquefois. La folie systématisée est au contraire extrêmement rare dans l'enfance, si toutefois même elle existe. Le *moi* à cet âge n'est pas encore formé d'une manière bien stable, de façon à pouvoir présenter une perversion durable et radicale; la mobilité de l'enfance est telle qu'un ordre déterminé d'idées délirantes ne peut pas à cet âge s'emparer de l'esprit et se systématiser comme cela se voit à une époque plus avancée de la vie; mais d'un autre côté, les diverses maladies mentales primitives qui se caractérisent par l'excitation, quand elles se prolongent un peu, amènent presque inévitablement un état de démence totale et d'idiotie; chez les enfants, l'intelligence n'est pas encore développée d'une manière durable, aussi ces diverses maladies produisent-elles chez eux de véritables arrêts de développement qui atteignent l'intelligence dans toutes ses facultés, tandis que chez l'adulte elles amènent plutôt un état de démence partielle.

C'est en effet un caractère général et essentiel des maladies mentales de l'enfance, d'empêcher le développement ultérieur de l'intelligence. En présence des faits, on se trouve souvent embarrassé pour savoir si c'est de cette manière qu'ont agi les maladies qui ont précédé l'idiotie, maladies à forme irritative et accompagnées surtout d'une exaltation qui peut avoir épuisé l'intelligence, ou bien si ces diverses affections ont été simplement l'expression d'une maladie cérébrale qui, depuis longtemps déjà, produisait dans le cerveau des lésions et des dégénérescences durables, mais qui, au début, ne s'est manifestée que par des symptômes d'irritation de courte durée. Les hallucinations, les idées délirantes fixes sont beaucoup plus rares chez les enfants qu'à l'âge adulte; les formes irritatives s'attaquent presque exclusivement à la sphère des sentiments et des penchants.

Pour ce qui est des causes prochaines des maladies mentales chez les enfants, elles paraissent provenir tantôt d'une irritabilité originaire (souvent héréditaire) du cerveau, ou provoquée et entretenue par une édu-

cation vicieuse (intimidation, mauvais traitements, efforts intellectuels exagérés, enfants gâtés), tantôt de maladies profondes, spontanées ou consécutives à des blessures de la tête qui, en particulier, mènent rapidement à l'idiotie : souvent elles ont pour origine une irritation sympathique transmise des organes génitaux au cerveau (onanisme, approches et établissement de la puberté). Enfin elles sont fréquemment le résultat d'un état de chloro-anémie dû lui-même à diverses causes, croissance rapide, maladies aiguës antérieures (fièvre typhoïde, rougeole, etc.). Quand la folie guérit chez les enfants, la rechute est facile ; ces individus sont pour toute la vie menacés de retomber dans l'aliénation mentale, ou quelquefois, bien qu'ils ne soient pas réellement fous, leur caractère est devenu tellement difficile qu'ils ne peuvent pas fréquenter la société.

Sur une statistique de 21 333 cas de folie, Thurnam en compte 8 chez des enfants au-dessous de 10 ans. Haslam, Perfect, Esquirol, Spurzheim, Guislain, Zeller, ont vu des cas de manie confirmée chez des enfants de 6, 7, 9, 10, 12 et 13 ans ; moi-même j'ai vu des faits semblables. M. Foville (art. ALIÉNATION, *Diction. de méd.*, t. I, p. 516) en rapporte deux cas. Jœrdens cite (*Hufeland Journal*, t. IV, p. 224) le fait très remarquable d'un enfant qui fut pris d'un accès de manie à la suite d'un accident dans lequel un morceau de verre lui était entré dans la plante du pied, accès qui dura jusqu'à ce que le corps étranger eût été enlevé. Pignocco (*Oss. sulle alien. ment.* Palerme, 1841, p. 34) rapporte un cas de manie observé par lui sur un garçon de 8 ans; M. Morel (*Traité des maladies mentales*, p. 101) cite une fille de 11 ans qui fut atteinte de manie et tenta de tuer sa mère et sa sœur. M. Stoltz (*Med. Jahrb. des Œster. Staats*, mars 1844, p. 257) rapporte un fait très intéressant de manie chez un enfant de 7 ans, avec perte de la parole ; l'autopsie révéla l'existence d'une dégénérescence considérable des lobes antérieurs du cerveau. On trouve aussi des formes plus ou moins spéciales de folie parmi les enfants placés dans les asiles qui ont été créés dans ces derniers temps pour les idiots. J'ai vu fréquemment à Mariaberg, dans le Wurtemberg, les formes légères de manie dont j'ai parlé plus haut, forme versatile de l'affaiblissement intellectuel; je reviendrai en détail sur ce sujet dans le chapitre de l'idiotisme. Tout récemment encore j'ai vu un cas de manie consécutive à l'épilepsie chez un enfant de cinq ans, un cas de mélancolie avec hallucinations à la suite de l'épilepsie chez une fille de quatorze ans, et un cas de folie à la suite de la fièvre typhoïde, chez un garçon de dix ans.

Consulter pour plus de renseignements sur les maladies mentales chez les enfants : West, *Journal der Kinderkrankh.*, 1854, t. XII, p. 1 ; Rœsch, *Remarques sur le crétinisme* (All.), t. II, 1851, p. 81 ; Delasiauve, *Ann. méd.-psych.*, t. VII, 1855, p. 257 ; Paulnier, thèse de

Paris, *Sur les affections mentales des enfants ;* et Brierre de Boismont, *Acad. des sciences*, 7 juin 1858.

§ 88. — De 16 à 25 ans, les maladies mentales sont déjà beaucoup plus fréquentes que dans l'enfance. Mais c'est surtout à l'âge adulte que se présente la très grande majorité des cas de folie, à l'âge de la reproduction sexuelle, de l'activité mentale, du mariage, des affaires, c'est-à-dire entre 25 et 50 ans. Mais ici encore les données statistiques sont insuffisantes pour résoudre cette question avec quelque précision. En effet, dans ces relevés, on fait figurer l'âge des malades au moment de leur entrée dans les asiles : or naturellement cet âge n'est pas celui où la folie est survenue ; ou bien encore on a compté combien il était entré d'aliénés d'un certain âge dans les asiles, sans connaître le nombre total des personnes du même âge qui existent dans le pays. Une statistique dressée avec grand soin et d'une manière rigoureuse, bien que portant seulement sur un nombre restreint de malades, a fait voir à Winnenthal que c'est de 20 à 30 ans que l'aliénation est la plus fréquente, puis entre 30 et 40, et que déjà entre 40 et 50 la proportion diminue beaucoup. Pour les hommes en particulier, M. Zeller (1) indique l'âge de 20 à 30 ans, et pour les femmes, celui de 30 à 40 ans, comme étant ceux où la folie est le plus fréquente (2) ; il explique cette différence par ce fait qu'à cet âge la beauté des femmes se fanant, et avec elle les espérances de bonheur s'évanouissant, cette circonstance est une

(1) *Journal de psychiatrie* (allemand), t. I, p. 18. Pour l'asile des aliénés de Vienne, le maximum pour les hommes est de 30 à 40, et pour les femmes de 20 à 30 (*Rapport sur l'asile de Vienne*, 1858).

(*Note de l'auteur.*)

(2) Pour que les statistiques relatives à l'influence de l'âge eussent une véritable valeur, il faudrait qu'on séparât avec soin la paralysie générale de la folie simple.

Dans les relevés faits à Saint-Yon par M. Parchappe, nous voyons, par exemple, que sur 1652 malades, 152 étaient atteints de paralysie générale. Or, si de vingt à trente ans la folie simple est extrêmement fréquente, la paralysie générale est au contraire très rare. Voilà donc un chiffre de 152 cas qui va s'ajouter presque exclusivement aux cas de folie survenus après trente ans et changer les résultats.

Cela devient plus grave encore quand on compare l'influence de l'âge dans les deux sexes.

Ainsi, sur les 152 paralytiques de M. Parchappe, il y avait 117 hommes et 35 femmes seulement. Comment dès lors comparer, chez les hommes et chez les femmes, l'époque de la folie après trente ans, sans éliminer d'abord cette cause d'erreur apportée par ces 117 cas contre 35 ?

Nous croyons donc que toutes ces statistiques ne peuvent avoir de précision et de valeur réelle qu'à la condition de séparer avec soin la paralysie générale et la folie simple, réunies dans tous les relevés dont il est ici question. (B.)

cause très importante de folie pour ce sexe. Chez les femmes, ainsi que l'a fait observer M. Parchappe, on trouve encore un grand nombre de cas de folie entre 40 et 50 ans, et cette fréquence peut s'expliquer par les phénomènes de l'évolution physiologique de la femme (âge critique). Au delà de 50 ans, c'est encore dans le sexe féminin que la folie est le plus fréquente. En général, à partir de cet âge, l'aliénation mentale tend à diminuer considérablement ; toutefois on retrouve encore jusqu'aux dernières limites de la vie humaine une certaine disposition à la folie, et je crois qu'une statistique exacte et bien faite démontrerait qu'il existe une proportion de cas de démence sénile beaucoup plus grande qu'on ne le pense généralement.

La démence sénile n'est pas, du reste, la seule forme mentale que l'on observe dans un âge très avancé. Esquirol a vu deux femmes, l'une de 80 ans et l'autre de 84 ans, qui ont été prises de manie et qui ont guéri. Burrows rapporte un cas de mélancolie suicide chez un individu âgé de 84 ans ; moi-même j'ai vu dernièrement un cas de mélancolie récente chez une personne de 80 ans.

§ 89. — 4° La *position sociale* a-t-elle réellement une influence sur le développement de la folie ? Cette question, comme le fait très bien observer M. Fuchs, ne peut être résolue par les relevés des admissions dans les asiles publics, ces établissements recevant surtout des malades appartenant aux classes inférieures de la société (1). Le seul travail qui puisse nous donner quelques renseignements utiles sur ce sujet est celui de Julius, qui nous apprend qu'en Angleterre et dans le pays de Galles il y a 8500 aliénés pauvres, et seulement 1200 à 1300 aliénés aisés dans les asiles publics ou privés. Or, si l'on réfléchit que dans ce pays, comme partout, il y a beaucoup plus de pauvres que de gens aisés, on en peut conclure que les deux classes sont, à peu de chose près, également sujettes à la folie. Cependant on admet généralement que, dans les classes aisées ou riches, la folie est moins fréquente que dans les classes pauvres. Je crois, pour moi, que les circonstances qui, dans une certaine classe déterminent l'explosion de la folie par suite de l'excitation directe qu'elles amènent dans le cerveau, se retrouvent dans d'autres classes par le fait de l'ivrognerie, de la faim et de la misère, et que, d'un autre côté, les passions vives, l'amour, l'ambition, etc., existent aussi souvent et au même degré dans toutes les classes de la société, même dans celles où l'intelligence est peu développée.

(1) Si cette question n'est pas résolue pour la folie simple, elle l'est complétement pour la folie paralytique. On sait en effet que la paralysie générale est très rare chez les femmes des classes élevées et très commune dans les classes pauvres. (Voy. l'*Histoire de la paralysie générale*.) (B.)

Pour ce qui est d'une disposition particulière résultant de certains genres de professions, je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit dans les remarques précédentes, à savoir : que les hommes qui gagnent péniblement leur vie par un travail manuel très fatigant, sont probablement plus exposés à la folie, comme, du reste, aux autres maladies, que les individus qui se livrent à des travaux moins pénibles ou qui ne travaillent pas du tout. Si l'on trouvait une prépondérance marquée pour certaines professions, par exemple chez les matelots, les journaliers ou les maçons, ou bien, parmi les commerçants, les employés, les officiers, etc., il faudrait d'abord comparer le chiffre des individus exerçant cette profession à celui de la population en général, et cela ne suffirait pas encore pour que l'on soit autorisé à conclure que c'est de la profession elle-même que résulte une disposition à la folie. Les différentes professions n'engendrent pas nécessairement des classes déterminées d'influences nuisibles, mais elles peuvent présenter plus que d'autres des occasions fréquentes auxquelles l'individu se laisse volontairement aller ; c'est ainsi que les matelots et les tonneliers, par suite de leur penchant à la boisson, sont frappés de *delirium tremens* souvent dans une proportion vraiment extraordinaire. L'opinion avancée par M. Ferrus, que ce sont les professions qui exigent le moins d'efforts physiques, qui fournissent le plus grand nombre d'aliénés, cette opinion, dis-je, n'a pas encore été confirmée par une statistique imposante.

§ 90. — Certaines positions paraissent jouir en quelque sorte d'une immunité remarquable, tandis que d'autres, au contraire, entraînent une disposition toute spéciale à la folie. D'après M. Guislain, les mendiants de profession sont rarement atteints d'aliénation mentale (1), ce qu'il attribue à l'insouciance dans laquelle ils vivent. Les femmes prostituées, dans les grandes villes, sont souvent frappées d'aliénation ; la misère, l'abandon, l'ivrognerie, les passions violentes, la syphilis, etc., concourent ordinairement à amener ce résultat. La folie est très fréquente, du moins en Angleterre, chez les jeunes institutrices et les jeunes gouvernantes. Bedlam a reçu en dix ans, de 1846 à 1855, cent dix jeunes filles de ces deux professions. Ce fait peut s'expliquer surtout par l'adversité, les veilles, l'excès de travail intellectuel, une vie malheureuse relativement à la position antérieure, etc.

L'*emprisonnement* réunit une foule de circonstances qui mettent la raison en danger ; les remords, le désir de la liberté, la concentration de l'esprit sur un même cercle d'idées, souvent la mauvaise nourriture, un

(1) Guislain, *Leçons orales*, t. II, p. 22. De son côté, M. Joret (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 346) trouve chez les mendiantes de profession un grand nombre de cas de folie.

air vicié, le manque d'exercice, etc. En effet, dans les prisons, le nombre des cas de maladies mentales est plus considérable que dans la population libre du même âge. Toutefois il ne faudrait pas attribuer à l'emprisonnement seul la plupart de ces cas de folie; très ordinairement, au contraire, la disposition à la maladie existait déjà à un degré assez considérable antérieurement à l'époque où l'individu a été mis en prison, il avait déjà subi précédemment l'influence de toutes les causes possibles de folie (1). Quant à présent, on n'a pas encore tout à fait résolu la question de savoir quelle est l'influence des nouveaux systèmes d'emprisonnement sur l'état mental des condamnés; je dirai même qu'il me semble complétement impossible de la résoudre avec les données actuelles. Il paraît certain que le régime cellulaire rigide appliqué indistinctement à tous les prisonniers, augmente le nombre des maladies mentales, que beaucoup d'individus ne peuvent le supporter et que, en particulier, les sujets irritables et qui présentent déjà un certain degré de perversion mentale, sont souvent atteints sous cette influence d'hallucinations, de surexcitation, et, enfin, de folie, état qui, dans un grand nombre de cas, guérit promptement par le seul fait du retour du malade à la vie en commun (2). Il paraît aussi que les femmes et les individus grossiers et

(1) En 1844, j'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques*, une note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers.

Je me bornerai à rappeler ici les propositions principales que j'essayais de démontrer :

1° Il y a des aliénés dont la folie, méconnue avant et après le jugement, n'est constatée qu'à l'entrée dans le pénitencier par suite de l'examen médical auquel le malade est alors soumis.

2° Quelques crimes sont commis pendant la période d'incubation de la folie par des malades qui ne sont pas encore complétement aliénés, mais qui le deviennent peu après le jugement.

3° Il y a parmi les prisonniers un certain nombre d'individus doués d'une organisation spéciale, qui constitue presque à elle seule un commencement de maladie et qui prédispose au plus haut degré à tous les dérangements de l'intelligence.

4° Les prisonniers, soit avant, soit après le jugement, sont soumis à beaucoup de causes occasionnelles propres à provoquer l'aliénation mentale. (B.)

(2) On peut assurément admettre, avec M. Griesinger, que le système cellulaire rigide produit un certain nombre de cas de folie; mais le nombre de ces cas a été fort exagéré par ceux qui n'ont pas tenu compte de ce fait directement prouvé par les recherches de M. Lélut, que la proportion des cas de folie dans les prisons est cinq ou six fois plus forte que dans la population libre. C'est ce que je me suis moi-même appliqué à démontrer dans un travail publié dans la *Gazette médicale*, en 1840, à l'occasion d'un mémoire adressé à l'Académie de médecine par M. Moreau (Christophe). (*De la mortalité et de la folie dans le système pénitentiaire.*) (B.)

peu civilisés ne supportent pas bien la solitude. Mais dans les prisons où les règlements sont combinés d'une manière convenable, de façon à entretenir la santé physique et morale des condamnés, où l'isolement n'est pas trop prolongé, où l'on permet aux prisonniers un exercice suffisant à l'air libre, où l'on soutient et où l'on relève convenablement leur moral, où l'on surveille avec attention les premiers symptômes d'un changement profond du caractère et les premiers signes de l'aliénation mentale à son début; dans ces prisons, dis-je, l'isolement résultant du régime cellulaire ne doit pas avoir une grande influence sur le développement de la folie.

A Lausanne (M. Verdeil, 1842) et en Toscane on a reconnu une augmentation considérable des cas d'aliénation résultant de l'introduction du régime cellulaire dans les prisons où jusqu'alors les condamnés avaient vécu en commun. A Bruxelles, au contraire, d'après le rapport de M. Füsslin, on n'a pas remarqué que le régime cellulaire, appliqué d'une manière absolue, ait eu une influence fâcheuse sur les détenus. A Londres, dans la prison modèle de Pentonville, d'après M. Parrish, on ne trouve, sur 1000 prisonniers, que 13 cas de folie; mais, dans cet établissement, l'emprisonnement cellulaire ne dure jamais plus de dix-huit mois. Le régime cellulaire dispose particulièrement aux hallucinations de l'ouïe; elles paraissent provenir de ce que les malades parlent seuls et croient entendre les réponses.

D'après un travail très intéressant de M. Delbrück, il résulte que la folie dans les prisons est plus fréquente chez les individus que la passion a conduits au crime que chez ceux qui ont commis des attentats contre la propriété; elle est surtout fréquente chez les meurtriers et les assassins; elle l'est un peu moins chez les individus condamnés pour viol, pour incendie. On peut distinguer chez les criminels deux catégories principales de folie : 1° les cas où un grand crime isolé, un meurtre par exemple, avec ses conséquences, amène plus tard l'aliénation mentale; 2° ceux où un individu habitué au crime et présentant une disposition antérieure à la folie, devient par la suite aliéné. Dans le premier cas, le fait criminel est évidemment la cause essentielle de la folie, c'est lui qui décide la forme de la folie et le sujet du délire; dans le second cas, toute la vie criminelle de l'individu, l'habitude qu'il a de commettre des actes contre la société, donnent à la maladie un cachet particulier. C'est principalement dans les premières années de l'emprisonnement que la folie se développe; chez les individus déjà prédisposés et soumis au système cellulaire, c'est dans les premiers mois qu'elle éclate. Parmi les idées délirantes on observe souvent la tendance à pallier ou même à nier complétement le crime commis; ou bien, ils se figurent qu'on va les mettre en liberté. Chez les aliénés de la première classe, quand on parle

devant eux du crime qui les a menés à la prison, on voit ordinairement une surexcitation extrême ou une grande anxiété, avec augmentation du délire ; ils refusent de travailler, se livrent à des excès, à des violences, et sont très indociles.

M. Ferrus a essayé, en 1850, d'adapter les différents systèmes d'emprisonnement aux diverses classes de condamnés. Il divise ceux-ci en trois catégories : 1° les individus intelligents, énergiques et tout à fait corrompus, — criminels non susceptibles de s'améliorer ; 2° les sujets d'intelligence moyenne, chez qui le sentiment du devoir est très peu développé, qui sont indifférents au bien et au mal, insouciants de la honte et de l'ignominie, et qui ne résistent pas à leurs mauvais penchants ; 3° les êtres stupides, qui ne peuvent pas apprécier la valeur de leurs actes et souvent même celle de leur condamnation. Pour la première catégorie, M. Ferrus indique l'emprisonnement cellulaire prolongé ; pour la seconde, on aura recours au système d'Auburn avec le silence et l'isolement pendant la nuit ; la troisième catégorie ne peut pas du tout supporter le régime cellulaire. L'application d'une pareille classification me paraît devoir être très difficile dans la pratique.

Voyez sur ces questions : Würth, les *Nouveaux progrès du régime pénitentiaire* (allemand), Vienne, 1844 ; Lélut, *De l'emprisonnement cellulaire;* Moreau Christophe, *Ann. médic.-psych.*, 1843, t. II ; Joret, *De la folie dans le régime pénitentiaire* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, XIV, 1849) ; Ferrus, *Des prisonniers, de l'emprisonnement, etc.*, Paris, 1850 ; Füsslin, *De l'isolement, etc.*, Heidelberg, 1855 ; Delbrück, *Journal* (allemand) *de psychiatrie*, 1854, XI et XIV ; Pietra-Santa, *Académie de médecine*, 1855 ; Scholz, *Journal de la Société I. R. des médecins de Vienne* (allem.), 1856 ; enfin, les rapports de M. Mittermaier, *Archives du droit criminel* (allemand).

§ 91. — 5° Quant à l'influence, tant de fois et si diversement traitée, des saisons sur le développement de la folie, nous ne la mentionnons ici que pour faire remarquer les erreurs dans lesquelles sont tombés la plupart des statisticiens. Les tableaux d'Esquirol portent que le plus grand nombre des admissions ont lieu dans quelques asiles dans les mois d'été (de mai à juillet), qu'elles sont un peu moins fréquentes au printemps et en automne, et moins encore en hiver ; or on a conclu de là que c'est en été que les cas de développement de la folie sont le plus fréquents. C'est là une grande erreur : quels sont donc les asiles qui sont assez heureux pour recevoir des aliénés dont la maladie date seulement de deux ou trois mois au plus (1)? — Il n'y a pas de rapport constant entre

(1) Winnenthal, qui n'est qu'un établissement pour les cas curables, a reçu en six ans 133 aliénés dont la maladie datait déjà de six mois, et 150 dont le début était beaucoup plus ancien. (Zeller, *Med. Correspondenzblatt*, 1840.)

le début de la maladie et l'époque de l'admission ; on en est donc réduit à de simples hypothèses relativement à ce point de savoir si tous les cas de folie admis dans les asiles pendant l'été, par exemple, se sont bien développés dans les mois d'été, ou si ce n'est pas plus plutôt parce que les moyens de communication, les voyages étant plus difficiles en hiver, on attend la belle saison pour transporter les malades. — Les statisticiens parlent également de l'influence qu'exercent les saisons sur les différentes formes de la folie : ainsi Esquirol dit, — et M. Jacobi a confirmé ce fait sur 181 malades, — que la manie est plus fréquente en été et surtout au printemps, qu'elle est au contraire rare en hiver.

Enfin, pour ce qui est de l'influence que la lune exerce, sinon sur l'explosion de la folie, du moins sur l'aggravation et les modifications que cet astre imprime à la marche de la maladie, elle est contestée par la plupart des aliénistes. Ce serait contraire à toute observation pathologique, parce que, par exemple, le retour des accès de manie coïncide avec certains changements qui surviennent régulièrement dans le ciel, de vouloir attribuer ce phénomène à l'influence des astres. Toutefois on ne saurait nier l'influence de la lumière de la lune sur les maladies mentales. Ainsi, chez un individu parfaitement bien portant, le clair de lune peut donner aux idées une tournure particulière, langoureuse, élégiaque, qui dispose à la poésie sentimentale ; chez les aliénés, qui ressentent autrement et d'une manière plus vive les impressions résultant des sens, l'absence de sommeil, la vue de la lune pleine et brillante, la faible lumière qui éclaire les objets, l'ombre des nuages, le calme de la nuit, ou ces bruits confus qui se produisent la nuit dans les asiles, toutes ces circonstances diverses, bien que ne donnant pas lieu à des impressions graves ou à des émotions vives, provoquent cependant une foule d'hallucinations, etc. Esquirol a eu l'heureuse idée de faire placer des rideaux aux fenêtres, et depuis lors on n'a plus observé cette agitation que l'on remarquait régulièrement chez certains individus à l'époque de la pleine lune.

CHAPITRE II.

PRÉDISPOSITIONS INDIVIDUELLES.

§ 92. — 1° *Hérédité.* — Les recherches statistiques confirment d'une manière très remarquable l'idée généralement admise par les gens du monde et par les médecins, à savoir, que dans un grand nombre de cas de folie les malades présentaient une disposition congénitale. Pour ma part, je crois pouvoir affirmer qu'il n'y a pas de cause plus puissante de

folie que l'hérédité. Tout récemment encore on a demandé s'il est bien réel que l'hérédité joue un plus grand rôle dans l'aliénation mentale que dans les autres maladies, ou si cela ne tient pas plutôt à ce que, comme on recherche cette cause dans le plus grand nombre des cas de folie, c'est dans cette maladie qu'on la constate le plus souvent (1). Il est sans doute possible que des recherches ultérieures viennent démontrer que l'influence héréditaire est aussi grande pour les autres maladies, surtout, quand on reconnaîtra d'une manière positive les diverses modifications que l'hérédité imprime aux états pathologiques. Jusqu'ici il n'y a guère que la phthisie pulmonaire pour laquelle on ait constaté l'influence de l'hérédité aussi fréquemment que pour la folie.

Les résultats de la statistique diffèrent d'ailleurs notablement, suivant la méthode que chacun a adoptée dans ses recherches, suivant les classes de la société et les divers pays sur lesquels la statistique a porté.

L'énorme proportion signalée par M. Burrows (hérédité dans 6/7es des cas), celle plus forte encore admise par M. Moreau, qui la porte aux 9/10es des cas, ne sont démontrées par aucun relevé statistique. — Dans le paragraphe suivant, nous avons réuni les résultats d'une série considérable de statistiques faites en Allemagne, en France et en Angleterre.

Sur 220 cas (de manie), Jacobi n'a trouvé l'hérédité que dans 1/9e environ. Bergmann, faisant un relevé d'une année seulement (1838), a constaté une hérédité directe dans 1/5e, l'hérédité directe et indirecte tout à la fois dans 1/3. Hagen, sur 187 cas, a trouvé une disposition de famille dans 1/3 des cas, et l'hérédité directe (père ou mère aliénés) dans 1/7e-1/8e. M. Flemming, à Sachsenberg, l'a trouvée dans une proportion de plus de 1/5e. M. Damerow, à Halle, sur 773 admissions, la constate dans 1/4. M. Martini, à Leubus, l'évaluait à près de 1/3 (3/10es) pour les classes élevées, et à un peu plus de 1/4 pour les classes moyennes et laborieuses. A Colditz, sur 77 admissions, elle était de 2/5es. — L'hérédité paraît au contraire n'avoir été constatée que dans une très faible proportion à l'asile des aliénés de Vienne (1853-1856).

Une ancienne statistique faite à Bicêtre et à la Salpêtrière, sur un total de 8272 malades, ne donnait pour l'hérédité qu'une proportion de 1/11e. A Marseille, M. Lautard ne l'avait constatée que dans 1/15e des cas; Esquirol l'estimait, pour la classe pauvre, à 1/4 et pour les classes riches à environ 3/5es; M. Parchappe la porte à un peu plus de 1/7e, M. Guislain à plus de 1/4, M. Brierre à presque la moitié; M. Dagonet, à Stéphansfeld (trois statistiques réunies), à environ 1/4.

(1) Neumann, *Psychiatrie*, 1859, p. 141.

M. Webster, en 1848, trouvait à Bedlam, sur 1798 malades, une disposition héréditaire dans environ 1/3 des cas; il constatait une fréquence un peu plus grande chez les femmes. M. Skae, d'Édimbourg (1851 et 1852), trouvait, sur 248 admissions, un peu plus de 1/3. Dans une grande statistique portant sur les asiles d'Angleterre et d'Irlande, M. Jarvis trouvait, en 1850, sur 44 717 hommes, l'hérédité dans la proportion de 1/25e seulement, et sur 43 091 femmes, seulement 1/23e. — A l'asile de Bloomingdale (New-York), en 1849, sur 1841 malades, il y avait 118 hommes dont le père avait été aliéné, et 33 dont d'autres parents l'avaient été; 89 femmes dont le père avait été fou, et 67 dont d'autres parents avaient été aliénés; en tout, 1/6e.

M. Bini, à Florence, a constaté l'hérédité dans la proportion d'environ 1/4.

On remarquera que les statistiques très nombreuses (celles de Bicêtre et la Salpêtrière, celle de M. Jarvis), qui probablement n'ont pu être faites qu'avec des matériaux amassés avec peu de soin, donnent une très petite proportion de cas d'hérédité, tandis que les statistiques plus limitées, mais faites avec toute l'exactitude nécessaire, donnent une proportion beaucoup plus considérable.

Les différences encore importantes que ces diverses statistiques présentent entre elles peuvent provenir de certaines circonstances qui méritent un examen approfondi.

1° On trouve plus fréquemment une disposition congénitale à la folie dans les cas où les mariages se font entre un cercle assez restreint de familles, ou encore entre les mêmes familles; la transmission tend au contraire à diminuer et à se perdre par le croisement fréquent avec un sang étranger. Ce fait est très évident pour les hautes classes de certains pays; il l'est aussi pour les populations israélites, et plus encore chez les quakers d'Angleterre. Dans la maison d'aliénés de New-York qui est spécialement destinée à cette secte religieuse, l'hérédité directe a été constatée dans 1/3 des cas et l'hérédité indirecte dans 1/6e ; ce qui donne en tout une proportion de 1/2 (1). — La transmission sans cesse progressive amène enfin un état de dégénérescence proprement dite, imbécillité, idiotisme, et comme les individus ainsi dégénérés n'ont qu'une très faible faculté de reproduction, il en résulte que la race ne tarde pas à s'éteindre complétement (2).

2° Les statistiques présentent encore de grandes différences parce que dans les unes on n'a compté que les cas où les parents ou les grands

(1) Julius, *Beitr. z. britt. Irrenheilk.*, p. 281.

(2) Morel, *Des caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses* (*Arch. gén de méd.*, 1859, septembre).

parents avaient été aliénés, tandis que dans d'autres on a admis une disposition de famille là où l'on a trouvé des collatéraux aliénés (oncles, cousins, etc.). Cette dernière méthode me paraît être la plus convenable, si l'on songe que presque toujours il faut, en outre de la disposition héréditaire, le concours d'autres circonstances pour que la folie éclate, et que, par conséquent, cette disposition peut, chez certains individus d'une même famille, ne pas donner lieu à la folie, parce que les causes occasionnelles font défaut, tandis que chez d'autres membres de la même famille, chez qui ces causes se trouvent réunies, la folie peut éclater.

3° On fait bien, à mon avis, de ne pas comprendre sous cette dénomination de disposition de famille la seule prédisposition aux maladies mentales, mais au contraire d'entendre par là une tendance aux affections graves du cerveau et du système nerveux (2). Il n'est pas rare du tout de voir dans une même famille certains membres atteints de folie, d'autres atteints d'épilepsie, d'irritation spinale grave, d'hystérie, de névralgies, etc. Rush rapporte le cas d'un mécanicien qui eut deux accès de folie et succomba au dernier; tous ses six enfants souffraient de migraines, mais aucun ne présentait le moindre signe d'aliénation. Dans les cas de ce genre, qui ne sont pas très rares, la prédisposition semble pouvoir se traduire sous différentes formes; parfois même on voit plusieurs générations puiser à la même source des affections du système nerveux qui s'aggravent progressivement et finissent par dégénérer en folie.

4° On ne saurait nier non plus l'existence d'une prédisposition originaire dans les cas où les parents, sans être aliénés, présentaient un caractère bizarre ou extravagant, des penchants insolites, une violence particulière, qui se rapprochaient déjà plus ou moins de la folie. J'en dirai autant des familles où plusieurs proches parents se sont suicidés. En effet, le suicide, qui dans beaucoup de cas n'est que le fait d'une maladie mentale profonde, est souvent aussi provoqué par un dégoût de la vie provenant lui-même d'un état morbide de l'organisme, état mental qui doit être rangé parmi les formes primitives de la folie (mélancolie); il est d'ailleurs démontré que souvent la tendance au suicide, qui se manifeste au même âge chez tous les membres d'une même famille, se transmet aussi par l'hérédité. On comprend facilement aussi que cette faiblesse de caractère, cette excessive irritabilité que l'on observe si souvent chez les héréditaires, peuvent quelquefois, par le concours de circonstances fâcheuses, les entraîner à des actes criminels; c'est ainsi que l'on voit dans certaines familles la folie, le crime, le suicide être le résultat de certaines dispositions du caractère, et alterner entre eux d'une manière déplorable.

Lautard (*Oppenh. Zeitschr.*, t. XXI, p. 16) rapporte le fait suivant : Un homme âgé de quarante-deux ans et sa femme de trente-six, deviennent tous les deux fous et se suicident : le mari se pend, la femme se noie. Ils laissent trois enfants. La fille aînée s'empoisonne à l'âge de vingt-quatre ans, après avoir vécu plusieurs années dans la prostitution ; le fils, accusé d'assassinat, s'étrangle à l'âge de vingt et un ans ; la seconde fille, étant enceinte de six mois, se précipita du haut d'un toit : elle avait eu un fils qui, après avoir été mis plusieurs fois en prison pendant sa jeunesse, s'en fut courir les aventures en Égypte.

Madame M....., de Orotava, âgée de trente ans, d'une ancienne famille noble, d'Espagne, est aliénée ; sa maladie présente des alternatives périodiques de mélancolie et de manie avec tendance au suicide. Son grand-père s'était suicidé à cinquante ans. Il avait eu trois fils, dont deux étant encore très jeunes se sont suicidés pour des chagrins d'amour. Le troisième, le père de madame M....., a un caractère tellement bizarre, que tout le monde le tient pour à peu près fou ; son fils, le frère de madame M....., s'est jeté à la mer à vingt ans parce qu'il avait des doutes sur la fidélité de sa maîtresse ; sa sœur, quoique dans une excellente position de fortune, a un caractère tellement sombre, que tous ses amis présagent qu'un jour elle se suicidera aussi.

Mais quelquefois aussi on trouve, dans des familles où il existe des aliénés, d'autres individus qui ont une intelligence très distinguée, très remarquable, parfois avec un caractère plus ou moins excentrique. Je pourrais citer deux exemples de ce genre chez de grandes célébrités scientifiques de nos jours. Il ne me paraît pas invraisemblable d'admettre qu'une grande excitabilité du cerveau, et même l'originalité du caractère qui, chez certains individus, tourne à la bizarrerie et à l'extravagance, peuvent chez d'autres sujets de la même famille, sous l'influence de circonstances morales favorables et d'une bonne santé physique, se traduire par une grande activité et une grande énergie intellectuelles, par l'originalité de la pensée. M. Moreau a repris il y a peu de temps cette question (*Psychologie morbide*), qu'il a peut-être même un peu exagérée.

M. Schlager a combattu l'exactitude de cette opinion, admise cependant par tout le monde, que la disposition héréditaire joue un rôle important dans l'étiologie de la folie (*Journal de la Soc. I. et R. des médecins de Vienne*, 1860). Il fait remarquer que souvent cette disposition est constatée par les médecins avec une très grand légèreté. Il s'en tient, lui, à la signification la plus restreinte du mot hérédité ; pour lui l'hérédité n'existe que dans les cas où l'un des parents, le père ou la mère, était aliéné avant la naissance de l'enfant ou au moins à l'époque de la conception. La statistique faite d'après ce principe lui a

donné pour l'hérédité une proportion de 4 pour 100 seulement. — Bien que sans doute exagérée, cette critique démontre au moins que dans beaucoup de cas, au lieu d'une disposition héréditaire proprement dite, il y a simplement une prédisposition de famille (1).

§ 93. — Esquirol supposait, et M. Baillarger a démontré par une statistique portant sur 453 cas (*Recherches sur l'hérédité dans la folie, Ann. méd.-psych.*, 1844, p. 330), que la folie se transmet plus souvent

(1) En 1844, le docteur Barnès a publié en Angleterre, dans le journal la *Lancette*, quatre leçons sur l'hérédité recueillies à mon cours. Dans ces leçons j'ai examiné les questions suivantes :

1° *Quelles sont, chez les parents, les conditions de santé qui peuvent faire craindre la transmission aux enfants d'une prédisposition à la folie?*

2° *A quels signes reconnaît-on cette prédisposition chez les enfants?*

3° *Quelle est la proportion des folies héréditaires?*

4° *Suivant quelles conditions et quelles lois la transmission a-t-elle lieu?*

5° *Comment peut-on comprendre la transmission héréditaire, et quelle est sa nature?*

Quant à la première question j'essayais d'établir que la folie est à redouter chez les enfants, si un ou plusieurs parents (père, mère, aïeul paternel ou maternel, oncles, tantes, frères ou sœurs) ont offert l'une des conditions suivantes :

1° S'ils ont été atteints de folie ;

2° S'ils se sont fait remarquer par leur bizarrerie, leur originalité, la faiblesse de leur esprit, la violence de leur caractère et de leurs passions, par des déréglements d'imagination;

3° S'ils ont eu quelque affection du système nerveux ;

4° S'ils se sont suicidés ;

5° S'ils ont pendant longtemps été adonnés à des excès de boissons.

Il importe d'ailleurs d'ajouter que l'étude de l'hérédité de la folie soulève d'autres questions d'une grande importance, mais dont l'histoire est encore trop peu avancée pour que je fasse ici autre chose que les signaler.

La folie, on le sait, est dans beaucoup de cas la conséquence de la pellagre. Or, la cause inconnue de la diathèse pellagreuse se transmet par hérédité ; la folie des pellagreux est donc dans beaucoup de cas une maladie héréditaire. Cette folie peut même éclater chez les enfants des pellagreux sans qu'il se manifeste ni avant ni après aucun symptôme du côté de la peau. Dans mon mémoire sur la paralysie pellagreuse j'ai cité le fait suivant :

Un paysan des environs de Bergame avait trois enfants, deux fils et une fille. Le fils aîné et la fille sont atteints de pellagre ; le second fils quitte les travaux de la campagne et devient domestique en ville. Il évite ainsi l'érythème pellagreux, mais bientôt il est pris de délire ambitieux avec paralysie.

Cette folie paralytique n'était-elle pas due à l'influence de l'hérédité ?

Je rappellerai encore qu'il règne en Lombardie une espèce d'hypochondrie, le *mal del padrone*, qui semble, au point de vue de l'hérédité, avoir des connexions étroites avec la pellagre.

de la mère que du père aux enfants, un tiers plus souvent. — Ce même auteur a trouvé également que c'est plutôt dans les cas où la mère est aliénée qu'on voit plusieurs enfants frappés d'aliénation ; que pour les fils la transmission est aussi fréquente du père que de la mère, et que pour les filles au contraire elle est une fois plus fréquente de la mère que du père. D'où il résulte que les enfants sont bien plus menacés de devenir fous

Voici à cet égard ce que dit Cerri :

« L'hypochondrie et la pellagre se combinent souvent entre elles de mille manières, ou même se transforment l'une dans l'autre. Ainsi les enfants nés de parents atteints de pellagre évitent cette maladie s'ils sont soustraits aux causes qui la produisent ordinairement, mais *ils tombent le plus souvent dans l'hypochondrie.* D'une autre part, ajoute Cerri, les hypochondriaques deviennent facilement pellagreux. Il arrive dans un grand nombre de cas que l'hypochondrie est suivie de pellagre et la pellagre d'hypochondrie. »

Lorsque l'enfant d'un pellagreux évite la pellagre et qu'il devient hypochondriaque, comme Cerri assure que cela arrive souvent, cette hypochondrie n'est-elle pas une maladie héréditaire ?

Il est généralement admis aujourd'hui, depuis les belles recherches de M. Sée, que les enfants des rhumatisants sont dans un certain nombre de cas atteints de chorée.

Voilà donc une névrose héréditaire, bien que les parents n'aient eu aucune névrose, comme il y a chez les enfants des pellagreux, des folies et des hypochondries dues à l'influence de l'hérédité, bien que les parents n'aient été ni aliénés ni hypochondriaques. Jusqu'à quel point peut-on s'avancer dans cette voie ?

« Les maladies héréditaires du cerveau, dit Portal, sont remplacées quelquefois par d'autres dont le siége est plus ou moins éloigné de ce viscère, ou elles *succèdent à celles-ci* si elles n'existaient déjà. Quelle métamorphose dans ces maladies ! Combien ne serait-il pas curieux d'en bien connaître les variations qui ne sont souvent qu'apparentes. »

Plus loin le même auteur ajoute : « Je connais une petite ville du département du Tarn dont les individus de quelques familles sont atteints successivement, de génération en génération, de manie, d'épilepsie ou de phthisie pulmonaire. »

« Le vice scrofuleux et le vice herpétique peuvent encore, dit Portal, être considérés comme la source d'autres maladies particulières de famille, et héréditaires relativement à leurs divers siéges et relativement aussi au concours d'autres causes qui peuvent les rendre plus ou moins intenses ou les faire développer plutôt ou plus tard, telles que le rachitisme, la phthisie pulmonaire, l'épilepsie et autres maladies du cerveau. »

Une fois entré dans cet ordre d'idées, le cadre des maladies héréditaires s'étend à ce point, qu'on aurait peine à trouver des folies uniquement dues à des causes accidentelles.

Et cependant qui peut nier qu'il n'y eût là le sujet de nouvelles et importantes recherches, et que la thérapeutique n'y puisse trouver d'utiles indications ?

J'ajouterai, pour le rhumatisme, qu'il m'a paru, au point de vue de l'hérédité,

quand la mère est aliénée; et aussi que ce sont surtout les enfants du sexe féminin qui héritent de cette fâcheuse disposition.

L'expérience nous apprend en outre que les enfants qui sont nés avant l'époque où leurs parents ont été atteints de folie sont moins souvent frappés d'aliénation que ceux qui naissent après que les parents sont fous. Quelquefois cependant on voit des héréditaires devenir fous avant leurs parents, parce que chez ceux-là il s'est trouvé un concours de circonstances qui ont favorisé l'explosion de la folie, tandis que chez ceux-ci, par un heureux hasard, ces mêmes circonstances ne sont survenues que plus tard.

Quelquefois la folie héréditaire présente le même caractère essentiel chez les parents et chez les enfants; parfois aussi chez toute une série de frères et de sœurs elle survient au même âge, et chez tous se termine de la même manière, par exemple par le suicide. Le contraire s'observe plus fréquemment, la folie ne revêt pas la même forme; peut-être cela dépend-il des circonstances extérieures. M. Morel, qui a fait tout récemment encore (*Traité des maladies mentales*, 1860, p. 513) de nouvelles recherches fort intéressantes sur l'hérédité, distingue les principales formes suivantes de folie héréditaire : 1° Celles qui sont dues à l'exagération extrême du tempérament nerveux des parents. 2° Celles qui consistent principalement dans de mauvais penchants, excentricités, perversités de toutes sortes, l'intelligence étant d'ailleurs assez bien conservée, et qui se traduisent plutôt par des actes insensés que par le délire des pensées ou des paroles. 3° Celles où l'activité intellectuelle est de plus en plus limitée, l'esprit lourd et faible. Très généralement aussi ces individus sont dans l'impossibilité de diriger leurs actions dans un but utile

avoir des relations avec d'autres névroses que la chorée ; je me bornerai à rappeler ici les faits suivants que j'ai cités dans mon travail sur la paralysie pellagreuse.

A. *Père rhumatisant.* — Fille choréique, une seconde fille aliénée.

B. *Mère rhumatisante.* — Fille rhumatisante ; une seconde fille atteinte d'une affection nerveuse très compliquée avec accès de somnambulisme.

C. *Mère rhumatisante.* — Une fille rhumatisante; une seconde fille atteinte d'hystéro-épilepsie avec des signes de folie à la suite des attaques.

D. *Mère rhumatisante.* — Une fille atteinte d'hystérie, une seconde fille rhumatisante.

E. *Père rhumatisant.* — Une fille atteinte d'affection convulsive avec exaltation cérébrale et hallucinations.

F. *Mère rhumatisante et atteinte d'angine de poitrine.* — Une fille atteinte de névralgies très étendues.

(Voy. mon travail sur la paralysie générale chez les pellagreux, *Annales médico-psychologiques*, 1848 et 1849, et mes leçons sur l'hérédité, publiées par le docteur Barnes, *The Lancet*, juin 1845.) (B.)

et moral ; souvent ils ont avec cela toutes sortes de mauvais penchants ; quelques-uns de ces individus même ont déjà le crâne petit et sont stériles. 4° Enfin, l'idiotie proprement dite, tenant au sol même, l'imbécillité allant jusqu'aux degrés les plus élevés de l'idiotisme et du crétinisme : un grand nombre de ces individus n'ont que des organes génitaux rudimentaires, ils sont sourds-muets, ils ont un pied bot, etc. Tous ces divers états pathologiques ne sont, d'après M. Morel, que les diverses manifestations d'une même disposition morbide existant dans certaines familles : en renouvelant constamment le sang de ces familles par des mariages avec des individus sains, on arrive à faire disparaître à la longue cette disposition ; on la voit au contraire s'exagérer quand ces individus se marient entre eux, et l'on arrive ainsi aux dégénérescences extrêmes ; les habitudes d'ivrognerie aggravent aussi cette disposition, etc. Il y a beaucoup de vrai dans cette manière d'envisager l'hérédité ; il n'est pas un médecin qui, dirigeant son attention sur ce point, ne trouve, non pas seulement dans les asiles d'aliénés, mais même dans le monde, des faits de ce genre, mais qu'il n'est guère possible de faire entrer dans une statistique. Cette dégradation, cette dégénérescence de toute une race n'arrive ordinairement, il est vrai, que petit à petit et progressivement ; cette influence héréditaire peut pendant longtemps ne se montrer que chez un petit nombre d'individus d'une famille, tandis que d'autres se distinguent par une intelligence, par des talents supérieurs, et ceux que cette influence atteint peuvent ne pas présenter encore les signes d'une dégénérescence réelle. Mais elle peut, à ce qu'il paraît, s'aggraver promptement par le fait de la maladie, de l'ivrognerie, en un mot de divers désordres survenant chez les parents à l'époque où l'enfant est conçu ; peut-être aussi certaines influences extérieures, l'endémicité par exemple, peuvent-elles exagérer cette disposition héréditaire, et l'on voit alors apparaître chez plusieurs enfants, ou même chez tous les enfants qui naissent dans ces circonstances, les formes graves de l'aliénation mentale.

D'après M. Morel, les principaux caractères diagnostiques de la folie héréditaire sont les suivants : Le plus souvent la folie éclate brusquement sous l'influence de causes extérieures futiles ; elle affecte principalement les sentiments, l'intelligence restant relativement intacte. Il y a des intermittences et des exacerbations considérables ; les hallucinations fortes, la démence paralytique sont assez rares ; au contraire, il y a une grande tendance aux conceptions délirantes. Ces individus sont encore dans un état de santé relative, mais ils se distinguent par l'extrême impressionnabilité de leur caractère, le monde extérieur a sur eux une très grande influence ; ils se signalent par leurs originalités, leurs excentricités, et quelquefois, à côté d'une certaine aberration de l'intelligence et des

sentiments, on trouve chez eux des talents ou des aptitudes remarquables.

§ 94. — 2° *Éducation.* — La direction que l'on donne dès le jeune âge à l'intelligence et à la volonté d'un enfant exerce une influence incontestable sur toute sa vie ; aussi doit-on considérer comme une circonstance d'une importance extrême, se rapprochant assez du fait de l'hérédité, l'influence de l'exemple que les parents donnent à leurs enfants. Ainsi qu'Ideler, je crois qu'il y a des cas de folie dite héréditaire, qui sont dus non pas à la transmission d'une disposition organique, mais bien à ce que certaines singularités, certaines bizarreries limitées d'abord au caractère, envahissent plus tard l'intelligence elle-même, l'enfant ayant constamment sous les yeux l'exemple d'une conduite bizarre, de certaines excentricités, d'une certaine perversion dans les idées, exemple qui empêche le développement régulier de son intelligence, en harmonie avec le monde extérieur. De même que l'hystérie se propage souvent de cette façon, par exemple de la mère à la fille, de même aussi les perversions de l'intelligence des parents aliénés ou à demi fous se propagent aux enfants par le fait de l'imitation, et la violence, l'emportement, les mauvais penchants s'imprègnent dans leurs jeunes âmes. Il faut encore ajouter à cela que l'état de folie des parents brise souvent la vie de famille, et détruit ainsi cet ensemble de circonstances favorables dont le concours est si essentiel pour le développement régulier et harmonique du caractère des enfants.

Par vices d'éducation proprements dits, il faut entendre d'abord tout travail intellectuel exagéré qui entraîne un développement précoce de l'intelligence au détriment de celui du corps, qui surexcite le cerveau et le prédispose à la maladie et à un affaiblissement ultérieur. Les vices d'éducation qui ont pour effet de modifier et de pervertir les sentiments et la volonté des enfants ont une influence beaucoup plus grave encore. Ainsi il y a des cas où une dureté exagérée, une grande froideur, une certaine répugnance que les parents témoignent à l'un de leurs enfants, une profonde humiliation, une vexation qu'on leur fait subir, en un mot une mauvaise direction donnée aux sentiments, s'opposent au développement des bons penchants naturels, et donnent aux enfants une sensibilité exagérée. Il en résulte pour ces enfants un état constant de contradiction pénible avec le monde extérieur, et il semble en particulier que, chez certaines natures, chez qui les bons instincts n'ont pu se développer, et que le défaut d'affection a forcées à se réfugier dans un monde imaginaire, ces circonstances aient pour résultat de donner à ces individus un caractère déplorable, une humeur capricieuse et bizarre allant parfois jusqu'à la folie. Il est peut-être plus fâcheux encore pour un enfant que ses parents aient pour lui trop de faiblesse, lui permettent de

faire absolument toutes ses volontés, de se livrer à tous ses instincts, à tous ses caprices; on ne lui apprend pas à supporter la moindre douleur, il ne prend aucun empire sur lui-même, son caractère s'affaiblit et s'amollit de plus en plus ; or il est impossible que tôt ou tard il ne rencontre pas dans la vie un obstacle sérieux, il ne pourra échapper alors à l'action funeste des passions et des émotions violentes auxquelles sa raison succombera.

Voy. dans le livre suivant le fait emprunté à Pinel (*Traité méd. phil. de l'aliénation mentale*, p. 156).

§ 95. — 3° *Constitution physique et intellectuelle.* — Pour établir quelle est la constitution physique d'un individu, on se base ordinairement sur les différences anatomiques facilement appréciables qu'il peut présenter, par exemple, sous le rapport du degré de développement du système musculaire. Il faut renoncer à chercher dans ces différences de constitution une prédisposition aux maladies mentales, car l'observation journalière démontre que les constitutions sèches ou humides, que les individus dont le système musculaire est fortement développé, comme ceux chez qui il l'est peu, fournissent à peu près une proportion égale d'aliénés.

Mais il y a une autre constitution, tantôt congénitale, tantôt acquise, que nous ne pouvons pas reconnaître anatomiquement, mais que la physiologie nous permet de bien apprécier, qui prédispose essentiellement aux maladies mentales. C'est la constitution nerveuse, c'est cet état du système nerveux central, que l'on pourrait définir une disproportion entre la réaction et l'irritation. Cet état peut être localisé dans certaines parties du système nerveux central du côté de la moelle, par exemple, ou du côté du cerveau, mais il se fait très souvent sentir aussi sur tout l'ensemble des actes nerveux. Du côté du système nerveux de la sensibilité, on remarque des hyperesthésies de diverses espèces, une grande sensibilité aux impressions de la température, une sensation alternative spontanée de froid et de chaleur, mais surtout une foule de sensations sympathiques et une grande disposition à la douleur. Pour ce qui est des actes nerveux de la motilité, l'individu n'a pas de forces, il se fatigue facilement, il a une tendance à faire des mouvements brusques, étendus, mais peu énergiques ; il est sujet aux convulsions. Les facultés mentales présentent un état analogue à celui de la sensibilité et de la motilité ; chez ces individus la sensibilité morale est très vive, ils ont une grande tendance à la douleur morale, tout les émeut, les afflige, les chagrine ; le sentiment de soi-même, les déterminations sont extrêmement mobiles ; d'un autre côté, leur volonté est faible, inconséquente, les efforts manquent d'énergie, les désirs sont précipités, changeants. L'intelligence aussi présente souvent le même état. Les uns sont impressionnables comme des

enfants ; le développement intellectuel chez eux ne se fait pas d'une manière régulière et uniforme ; l'esprit est inconstant, changeant. D'autres ont un esprit vif, chatoyant, mais superficiel, sans persistance ; ils ne s'appliquent à rien d'une façon un peu soutenue, ils effleurent tout en amateurs : à cette classe appartiennent ces poëtes ou ces musiciens médiocres ou baroques, ces génies universels manqués, qui, avec une certaine vivacité et une certaine variété d'esprit, ne peuvent jamais se recueillir avec assez de calme pour produire quelque chose de bon. Quand on voit ces individus tomber enfin dans la folie, on a alors la confirmation de ce fait, que le développement de l'intelligence et l'instruction profonde, loin de favoriser l'aliénation mentale, constituent au contraire un excellent moyen de la prévenir.

Pour ce qui est des facultés mentales, les conséquences immédiates d'une impressionnabilité exagérée, d'une *faiblesse irritable* (voy. § 31), les symptômes par lesquels se manifeste cet état, sont très variables; cependant un grand nombre de ces phénomènes peuvent se rattacher immédiatement à une tendance exagérée à la douleur morale. Cette extrême impressionnabilité rendant l'individu vulnérable sur une foule de points, il en résulte que l'équilibre moral se trouble, le *moi* s'affecte plus facilement ; de là la grande susceptibilité de ces individus qui tantôt sont impatients, emportés, agressifs, incapables de supporter la moindre contradiction, et tantôt évitent toutes les émotions et se concentrent dédaigneusement en eux-mêmes ; ils sont incapables de mettre à exécution même les choses qui les intéressent le plus, ils se renferment dans leurs idées, se croyant trop supérieurs et trop nobles pour les communiquer à ceux qui les entourent. L'état fondamental est le même, mais il se manifeste de différentes manières ; toutefois ces individus offrent tous cela de commun, que la disproportion qui existe entre les impressions et la réaction qu'elles produisent, lorsqu'elle atteint un certain degré, se traduit par une exagération, une extravagance de caractère, par des emportements que rien ne motive ; dans le monde, ils passent pour des originaux, pour des personnes bizarres et capricieuses. Quelquefois ils ont des scrupules exagérés, un pédantisme petit et mesquin, ce qui ne les empêche pas de posséder parfois un certain talent mécanique ; on en voit d'autres qui sont étourdis, désordonnés, toujours hésitants dans leurs pensées et dans leurs actes, tantôt froids et apathiques, tantôt gais à l'excès, irrésolus ou téméraires, frivoles ou entêtés, indifférents ou enthousiastes, mais toujours violents, toujours changeants, toujours d'un avis opposé à celui de la généralité ; en un mot, réagissant toujours d'une manière capricieuse et exagérée. Le moindre dérangement de la santé physique peut être très dangereux pour ces natures passionnées, excentriques, qui n'ont aucune cohésion ; la moindre maladie

peut développer rapidement chez ces individus le germe préexistant de la folie.

§ 96. — Ces dispositions morales et intellectuelles sont évidemment congénitales, ce sont elles qui constituent pour ainsi dire le lien héréditaire de la folie; elles se manifestent dès l'enfance par des goûts bizarres, par une grande sensibilité, par la frivolité des penchants, par le peu d'application à l'étude: aussi ces pauvres enfants font-ils souvent le chagrin, le désespoir de leurs parents et de leurs maîtres, quelquefois aussi sont-ils l'objet d'une admiration inexplicable. J'ai pu dans beaucoup de cas obtenir des aveux des malades ou de ces individus qui avaient recouvré la raison; le résultat auquel je suis arrivé concorde avec l'idée émise par Fodéré (*Essai médico-légal, etc.*, Strasbourg, 1832), à savoir, que les sujets qui présentent ces dispositions ont souvent dès l'enfance un penchant prématuré pour les plaisirs vénériens, se livrent à l'onanisme, et, probablement par suite de l'excitation imprimée aux organes génitaux, souffrent de bonne heure d'affections hémorrhoïdales.

Bien qu'il soit douteux que ces circonstances puissent avoir l'importance de causes réelles par rapport à cet état mental particulier, il est à remarquer cependant que l'on voit souvent ces anomalies de l'intelligence se produire à un certain âge, sous l'influence de maladies des organes génitaux, chez des individus même qui n'avaient aucune prédisposition à la folie (1); à peine est-il nécessaire de rappeler ici que l'hystérie, qui n'est autre chose qu'un dérangement intime des fonctions du système nerveux spinal et très souvent aussi du cerveau, a très fréquemment son point de départ dans une affection des organes génitaux.

La constitution nerveuse acquise peut aussi être le résultat d'autres maladies, par exemple des pertes séminales abondantes et de l'état d'anémie et d'épuisement qui leur succède. D'autres fois il semble que des hyperesthésies locales, une irritation prolongée de tel ou tel nerf, amènent un état d'irritation chronique des centres nerveux, comme dans le tétanos aigu. Il peut aussi exister dans les centres nerveux eux-mêmes des affections localisées, des foyers pour ainsi dire, qui sont la cause de la maladie, et dont le diagnostic anatomique est impossible, mais dont on peut quelquefois soupçonner approximativement le siége d'après l'existence d'une douleur sur un point variable de la colonne vertébrale ou de migraines (affections de la cinquième paire), etc.

(1) Si l'on examine avec un peu de soin les 115 observations de malades rapportées par Lallemand (*Des pertes séminales*, Paris, 1836-42), on verra que la plupart de ces individus présentaient des troubles de l'intelligence analogues à ceux dont nous nous occupons.

(*Note de l'auteur.*)

Les impressions morales profondes, une frayeur, un chagrin, etc., déterminent souvent cet état nerveux de la constitution ; elles agissent d'une façon analogue à ce que nous venons de dire, en amenant une irritation violente, instantanée ou persistante, d'une portion plus ou moins considérable du cerveau, ou même quelquefois des maladies secondaires graves de cet organe.

Il est assez rare, mais ce n'est pas impossible toutefois, de voir ces anomalies de l'intelligence, après s'être développées lentement et progressivement, dégénérer en folie sans l'intervention d'une circonstance fâcheuse appréciable. Dans la grande majorité des cas, la constitution nerveuse n'est qu'une simple prédisposition à la folie, il y a simplement une certaine faiblesse de l'intelligence ; mais pour qu'elle se transforme en folie véritable, il faut autre chose, il faut le concours d'une cause réelle, soit physique, soit morale.

D'après ce que nous venons de dire dans les deux paragraphes qui précèdent, nous pouvons nous abstenir d'entrer dans de grands détails sur ce que l'on nomme les *tempéraments*, en tant que cause prédisposante de l'aliénation ; nous sommes donc autorisé à n'accorder aucune importance réelle à ces quatre espèces de tempéraments, créées par l'ancienne pathologie humorale, division qui d'ailleurs, au point de vue pratique, n'est que d'une utilité très minime et qui n'est pas toujours appréciable. Nous suivons en cela l'exemple d'un certain nombre d'hommes éminents (Gall, Georget, Lotze, etc.).

En outre des causes que nous avons passées en revue, il y a encore une foule de maladies graves, chroniques, que l'on doit regarder comme autant de causes physiques prédisposant à la folie.

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, les maladies mentales se développent ordinairement sous l'influence de plusieurs causes agissant simultanément. Que, dans certains cas, une maladie cérébrale du genre de celles dont nous parlons puisse se développer d'emblée sous l'influence de certaines circonstances données, cela n'empêche pas qu'une affection chronique antérieure d'un autre organe puisse avoir contribué pour quelque chose à l'explosion de la folie, par suite de l'atteinte que cette maladie a portée à la santé générale. Mais il faut bien se garder de croire trop vite à l'existence d'une affection chronique grave que le malade aurait eue antérieurement, lorsqu'on n'en a pas la preuve pathologique, et qu'on n'en retrouve que des indices légers et obscurs, parce que souvent cette supposition ne nous amène qu'à instituer un traitement inutile et quelquefois même dangereux. Il est inutile de rappeler ici quelles sont ces maladies, nous reviendrons plus tard sur les plus importantes en nous occupant des causes physiques et de leur mode d'action sur le développement de la folie ; nous nous bornons simplement à

rappeler ici combien il existe de relations intimes entre les causes prédisposantes et les causes déterminantes ou occasionnelles de l'aliénation.

Il est inutile enfin de dire qu'un accès de folie antérieure, bien que guéri, prédispose au retour de la maladie ; c'est un fait évident. Nous nous occuperons des rechutes en étudiant le pronostic.

SECTION III.

DES CAUSES DES MALADIES MENTALES.

CHAPITRE PREMIER.

MODE D'ACTION DES CAUSES.

§ 97. — Bien que dans la majorité des cas la folie soit produite par l'action simultanée d'un certain nombre d'influences défavorables, il y en a ordinairement quelques-unes cependant qui agissent d'une manière tellement active et tellement réelle, qu'on doit les regarder comme des causes prochaines ou spéciales de folie, ou, autrement dit, il y a des cas où la folie peut être attribuée à une cause unique. Par ces causes prochaines, nous entendons tantôt certaines circonstances extérieures, tantôt certaines habitudes nuisibles à la santé, tantôt enfin certains états organiques anormaux qui peuvent être la cause immédiate d'une maladie cérébrale déterminant la folie. Il serait impossible d'établir d'une manière précise et rigoureuse le mode d'action de toutes ces causes. Cependant si l'on considère d'un côté la nature de ces causes, que nous étudierons plus loin, et de l'autre ce que nous savons sur les lésions intimes du cerveau dans la folie ; enfin si l'on compare avec ces deux ordres de faits les symptômes que présente le malade au moment où ces causes agissent sur lui, on arrivera, — et c'est là l'état actuel de nos connaissances sur ce point, — à établir les propositions suivantes. Dans beaucoup de cas de folie, il n'y a pas une lésion palpable du cerveau, c'est une simple irritation nerveuse, ou un léger trouble de nutrition, mais que nous ne pouvons encore jusqu'ici apprécier physiquement. Souvent donc les causes de la folie doivent agir d'une telle façon qu'elles ne déterminent pas de lésions anatomiques. Dans beaucoup d'autres cas, la folie n'est que le symptôme d'une maladie cérébrale dont nous ne connaissons pas es

lésions anatomiques dans les premières périodes de cette affection, mais qui, plus tard, amène l'atrophie du cerveau, l'hydrocéphale chronique, etc.; ce sont probablement des troubles de nutrition, peut-être de nature inflammatoire. Dans d'autres cas encore, la folie est réellement produite par un travail inflammatoire fixe de l'encéphale, dont les caractères anatomo-pathologiques nous sont bien connus (1). Enfin les troubles de la circulation encéphalique paraissent jouer un rôle considérable dans l'évolution de la folie, c'est tantôt l'anémie (provenant d'une cause variable), tantôt, au contraire, l'hypérémie, laquelle peut exister seule ou bien constituer un des éléments du travail inflammatoire dont le cerveau est le siége. Telles sont les catégories de phénomènes morbides, auxquelles on rapporte en général l'action des causes de la folie ; mais on n'oubliera pas que cela ne nous donne qu'une bien faible idée du mode d'action intime de ces causes, et qu'il en est bien peu dont nous sachions d'une manière un peu certaine le mécanisme par lequel elles amènent le développement de la maladie cérébrale. Il en est ici, du reste, comme pour toute la pathologie générale; nous ignorons presque toujours quelle est la relation intime entre les causes et les phénomènes auxquels elles donnent naissance.

Je ne puis plus aujourd'hui accorder aux hypérémies intra-crâniennes une importance aussi grande que je le faisais à l'époque où parut la première édition de cet ouvrage, bien que les aliénistes aient beaucoup adopté depuis cette époque l'opinion que je professais alors moi-même.

(1) On voit ici M. Griesinger distinguer, au point de vue des lésions anatomiques de la folie, trois ordres de faits :

1° Ceux dans lesquels il n'y a aucune lésion appréciable, et qui sont dus à une simple irritation nerveuse.

2° Pour d'autres il n'y a non plus aucune lésion appréciable pendant les premières périodes, mais on voit plus tard survenir l'atrophie du cerveau et l'hydrocéphale chronique.

3° Enfin il est des cas, dit M. Griesinger, où la folie est réellement produite par un travail inflammatoire fixe de l'encéphale.

Tout cela est vrai, mais les deux premiers ordres de faits ne sont-ils pas de même nature, et la différence ne tient-elle pas uniquement à ce que les derniers se sont terminés par la démence ? Or, cette terminaison survient selon certaines prédispositions après un temps très variable.

Quant aux cas où il existe un travail inflammatoire fixe, ne convient-il pas de les séparer complétement de la folie purement nerveuse ? N'est-ce pas là le grand progrès qui a été accompli par la découverte de la paralysie générale ?

Je crois devoir rappeler encore ici que l'étiologie n'est pas la même ; et la preuve, c'est que les folies paralytiques, si communes parmi les hommes dans toutes les classes, ne s'observent que très rarement chez les femmes des classes riches. Or, il en est tout autrement pour la folie simple. (B.)

Mais il ne faut pas non plus faire trop peu de cas de l'hypérémie en tant que condition pathogénique comme la médecine allemande semble y être disposée aujourd'hui. Il est bien évident que souvent une congestion active du cerveau précède ou accompagne les paroxysmes de la manie, par exemple, de la mélancolie, de la folie hystérique, etc.; ces congestions peuvent naturellement se produire même sur des sujets complétement anémiques. Une hypérémie cérébrale, dans laquelle il me paraît difficile de voir un simple phénomène cadavérique, laisse aussi très souvent, quand la folie est récente, des traces facilement reconnaissables à l'autopsie. Une diminution de l'action du cœur, des lésions organiques des artères cérébrales, peuvent déterminer une stase sanguine, un ralentissement de la circulation, qui se traduit surtout par un état de réplétion des veines; la stase mécanique du sang dans les veines se manifeste assez souvent dans les cas récents, du moins au visage, par une teinte livide générale, légèrement cyanotique, par un coloris foncé des alentours des yeux et de la pointe du nez, par de la rougeur et même parfois de l'ecchymose des conjonctives, par la saillie des veines du cou et des tempes. La stase veineuse peut être produite par une lésion organique du cœur, par un affaiblissement fonctionnel du cœur gauche, par un état de réplétion du cœur droit provenant du ralentissement de la respiration, qui est incomplète. Les émotions pénibles prolongées, une douleur profonde, un violent chagrin, peuvent agir de la même façon; la respiration est alors petite et courte, et la stase se fait dans les veines. C'est de la même manière que s'expliquent l'oppression que les malades ressentent dans la poitrine, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, l'aspect sombre du visage, le cercle gris qui entoure les yeux, et tous ces phénomènes enfin que l'on observe chez les individus profondément affligés. Mais ces émotions ont encore un autre mode d'action qu'il est important de bien étudier, elles entravent la nutrition, suppriment le sommeil, diminuent l'hématose. Je ne pense pas que l'hypérémie cérébrale simple puisse suffire à elle seule, et sans le concours d'autres circonstances prédisposantes essentielles, à déterminer l'apparition de la folie; mais je crois, d'un autre côté, que, dans les cas où ces circonstances existent, l'hypérémie cérébrale joue alors un rôle très important dans la production de la maladie.

Quand cet état de congestion est très vivement accusé, quand il y a pléthore générale et que la maladie est encore au début, ou que les troubles intellectuels sont encore légers, une simple saignée peut en avoir raison. Un jeune homme pléthorique avait grand espoir d'obtenir une place que cependant on ne lui donna pas; il apprit cette nouvelle le soir: jusque-là il avait été gai et se sentait bien portant; mais aussitôt il tomba dans un état de profonde dépression, il passa toute la nuit sans dormir, et ne

pouvant même rester dans son lit, il se mit à la fenêtre; il avait un peu de délire, il avait un grand trouble dans les idées; bientôt enfin il ressentit un violent mal de tête et un grand malaise général. Le lendemain matin, il avait la tête chaude, la figure livide, les yeux injectés, le pouls petit, vif et très irrégulier; il avait une céphalalgie intense avec agitation; langue sale, nausées. On pratique une saignée de 500 grammes. Aussitôt amélioration considérable de tous les symptômes, le malade dit qu'il est tout surpris lui-même de ne plus voir depuis la saignée les choses aussi noires et aussi tristes qu'auparavant; à minuit, épistaxis, et le lendemain guérison complète.

CHAPITRE II.

CAUSES MORALES.

§ 98. — Nous avons maintenant à nous occuper des principales causes prochaines de la folie. Elles sont si nombreuses et si diverses, leur mode d'action, — qui le plus souvent nous échappe, — est si varié, que l'on ne saurait établir parmi elles un ordre bien logique, et qu'il faut simplement les ranger les unes à côté des autres, en un certain nombre de groupes, suivant leur importance et leur gravité.

Suivant nous, c'est dans les causes de l'ordre moral que la folie prend le plus souvent sa source réelle, et cela non-seulement parce qu'elles préparent de loin la maladie, mais aussi parce que ce sont elles surtout qui déterminent son explosion immédiate. Je reconnais toutefois que cette assertion ne s'appuie pas sur des chiffres (1), mais c'est l'impression que m'a laissée l'observation d'un grand nombre de faits, et je suis convaincu que si l'on pouvait rechercher toutes les causes morales, qui souvent nous échappent parce qu'on nous cache les détails les plus importants, on arriverait partout à la même conclusion.

(1) Je pourrais citer un grand nombre de chiffres, et en particulier les relevés statistiques que MM. Parchappe et Brierre de Boismont ont opposés aux idées admises par M. Moreau de Jonnès (*Acad. de méd.*, 1843), mais je suis persuadé que la statistique seule est impuissante à résoudre cette question; on remarquera cependant que M. Guislain lui-même (*Leçons orales*, t. II, p. 41), sur 100 aliénés, trouvait 66 fois des causes morales, ce qui concorde tout à fait avec le dire de M. Parchappe (67 pour 100) et de M. Hare (66 pour 100).

(*Note de l'auteur.*)

Parmi les causes morales, il faut avant tout comprendre les passions et les émotions, car c'est un fait certain que la simple contention exagérée de l'esprit, sans émotion concomitante, sans autre cause importante (excès quelconques, insomnie provoquée par les excitants), ne détermine que très rarement la folie. Il en est tout autrement des émotions fortes ou persistantes, et en particulier des sentiments pénibles, perte de fortune, etc., des émotions déprimantes ; tandis qu'au contraire il est extrêmement rare qu'une joie immodérée détermine à elle seule la folie, si tant est que cela arrive même jamais. Pinel, qui sera toujours le modèle des aliénistes, était si bien convaincu de cette vérité, que la première question qu'il adressait aux nouveaux malades était toujours celle-ci : « Avez-vous eu quelque contrariété, quelque peine, quelque chagrin ? » et rarement il se trompait ; la même chose a lieu aujourd'hui. Dans chaque cas en particulier, cet état de douleur morale peut être très différent, suivant le mode qu'il affecte et suivant les motifs qui l'ont déterminé ; tantôt c'est une colère subite, une frayeur (1), un chagrin provenant de la perte d'une personne aimée, d'un revers de fortune, l'imputation fausse et brutale d'un crime, une mort subite, etc. ; tantôt c'est l'action lente exercée sur l'esprit par l'ambition déçue, par le repentir d'une mauvaise action, par des chagrins domestiques, un amour malheureux, la jalousie, le chagrin d'être méconnu, etc. En tout cas, ce sont des influences qui détruisent profondément l'ensemble des conceptions du *moi*, qui dissocient la conscience ; la maladie est toujours plus grave chez les individus qui ont longtemps concentré leurs désirs et leurs espérances sur un même objet, espérances qu'un nouvel obstacle est toujours venu renverser, chez les individus qui ont longtemps lutté et chez qui le *moi* a subi un profond déchirement.

L'effet de ces émotions sur la production de la folie dépend de la violence du premier choc qu'elles déterminent, du temps plus ou moins long pendant lequel elles ont agi, mais surtout aussi de la disposition d'esprit dans laquelle se trouvait l'individu au moment où il a été frappé ; car suivant la manière dont l'esprit est disposé, la même cause peut agir avec plus ou moins d'énergie, l'impression qu'elle détermine est plus ou moins violente et plus ou moins prolongée. Dans certains cas, on peut déjà constater l'existence de cet état mental particulier que nous avons étudié plus haut (§ 95, *faiblesse irritable*) : l'individu s'emporte faci-

(1) Voyez, dans Ellis, *Traité des maladies mentales*, traduit par M. Archambault, 1840, p. 108 et 109, deux exemples de folie survenue à la suite d'une vive frayeur. L'auteur attribue la folie, dans ces cas, à un trouble survenu dans l'action du cœur. M. Guislain, sur 100 malades reçus dans le cours d'une année, a noté 9 fois une vive frayeur ou une grande anxiété.

(*Note de l'auteur.*)

lement; il est souvent de mauvaise humeur, il est naturellement irritable et violent; il a une disposition toute spéciale aux émotions, disposition qui souvent obscurcit sa pensée et sa réflexion, qui souvent dès l'enfance affaiblit déjà son intelligence, et qui explique une foule d'actes auxquels se livre le malade. Cette disposition peut se manifester par un désordre dans la conduite, par de la paresse; il met tout son bonheur à suivre les modes; il est très avide de plaisir, exagéré en politique, fanatique en religion; il place mal son amitié, son amour; toute sa vie, en un mot, n'est qu'une « banqueroute morale ». Quant à la forme que les émotions empruntent aux circonstances extérieures qui les ont déterminées, il faut avouer que nous savons bien peu de chose à ce sujet; le sexe, la position sociale, une foule d'autres circonstances encore, font que chacun de nous est vulnérable sur un point et souffre cruellement à la moindre atteinte portée de ce côté; pour l'un, c'est l'amour des richesses; pour un autre, c'est la vanité, l'ambition; pour un troisième, ses croyances, son savoir, sa famille, etc. — Mais les émotions profondes et les passions n'ont pas seules le privilége d'engendrer la folie, l'épuisement de la sensibilité qu'elles entraînent à leur suite est aussi une cause fréquente de l'aliénation mentale. Lorsque l'intelligence n'est pas assez forte pour surmonter la désillusion, la froideur morale, l'indifférence de l'esprit pour toutes choses; lorsque le monde est vide et le cœur mort, il n'est pas rare de voir l'individu tomber dans la mélancolie et mettre un terme à sa misérable existence par le suicide, ou bien alors il tombe dans un état d'aliénation profonde.

Bien que ce soient plutôt, en général, les émotions prolongées qui ont une influence considérable sur le développement de la folie, il y a cependant des cas où un seul accès de colère violente et de courte durée détermine immédiatement l'explosion de la maladie, de la manie, par exemple; cela arrive quelquefois, surtout dans les accès de colère qui surviennent pendant que l'individu est sous l'influence d'une boisson alcoolique, n'en eût-il pris même quelquefois qu'une très petite quantité. — Il en est de même, sans aucun doute, pour les sujets prédisposés, un seul accès de violente colère peut déterminer la folie.

§ 99. — Les causes morales agissent soit directement, soit indirectement.

Dans le premier cas, les émotions violentes peuvent déterminer immédiatement la folie, en provoquant un état d'irritation intense et prolongée du cerveau. Ainsi la frayeur, qui est si dangereuse chez les femmes en raison de leur organisation, peut déterminer l'explosion immédiate de la folie, et celle-ci peut présenter pendant des années entières le caractère général des effets physiologiques de la frayeur, un état d'engourdissement moitié convulsif, moitié paralytique de la pensée et de la

volonté (1). D'autres fois on voit des états de perversion morale modérés, mais prolongés, produits par la surexcitation directe du cerveau, dépit, chagrin, etc., qui d'abord restent stationnaires, puis qui s'aggravent progressivement, se transforment immédiatement en folie au premier degré, laquelle folie présente souvent, dans ces cas, le caractère propre de ces divers modes de la douleur morale. Il est parfois assez difficile d'établir la limite exacte qui sépare la simple prédisposition des causes morales prochaines de la folie; on voit assez souvent des individus qui, pendant longtemps, se sont signalés par un caractère tellement bizarre, que dans le monde on les regardait comme à demi-fous, tomber peu à peu dans la folie complète sans qu'il y ait eu de cause appréciable.

Mais il est plus fréquent de voir la folie se développer indirectement, d'une façon médiate, sous l'influence d'un travail pathologique provoqué par les causes morales; elles déterminent d'abord de simples modifications dans les fonctions d'un organe situé plus ou moins loin du cerveau, et la maladie cérébrale n'est que consécutive.

Si l'on se rappelle ce fait que nous avons établi plus haut, à savoir, que les émotions violentes ont pour résultat ordinaire d'apporter un trouble dans l'état de la circulation, de la digestion, de la respiration et de l'hématose, on reconnaîtra aisément que ces émotions, en se prolongeant ou en acquérant une intensité plus grande, doivent apporter une perturbation plus grande dans l'accomplissement de ces fonctions; ces fonctions se troubleront d'autant plus vite que les individus seront plus disposés. Très souvent la maladie cérébrale ne se déclare que lorsque, après des oscillations plus ou moins prolongées, il s'est produit dans un autre organe une lésion pathologique très accusée: il n'est pas rare, par exemple, à la suite d'un accident grave qui a amené immédiatement un certain trouble dans les fonctions du cerveau, de voir ces fonctions se rétablir; mais l'individu commence à éprouver du malaise, il souffre d'un autre côté, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que, la constitution se détériorant graduellement, l'anémie ou toute autre maladie chronique se manifestant, on voit apparaître en même temps l'aliénation mentale. Ce mode d'action est surtout évident dans les cas de douleur morale prolongée, mais que l'on cache avec soin; ces larmes, ces plaies intérieures que l'on a longtemps dissimulées sous un air de joie ou d'orgueil, se manifestent presque infailliblement, et d'une façon en général assez rapide, par un état de maladie chronique qui, consécu-

(1) On sait qu'une frayeur vive peut, d'une façon analogue, provoquer brusquement l'explosion de l'épilepsie. Il en est de même de la colère. Il se fait là un changement brusque et intense dans toutes les fonctions du cerveau, qui en reçoit une atteinte extrêmement fâcheuse.

(*Note de l'auteur.*)

tivement, donne naissance à une affection cérébrale. Nous voyons, sous l'influence de ces différentes causes, survenir d'abord de l'amaigrissement; la digestion se fait mal, les fonctions de l'intestin s'affaiblissent; le malade perd le sommeil, il a des palpitations, il tousse, il présente sur divers points du corps des anomalies de la sensibilité; il a de la congestion de la tête, il a des idées tristes, hypochondriaques. Nous voyons chez les femmes la ménopause ou des troubles de la menstruation s'accompagner d'anémie, de névralgies et même d'hystérie; nous voyons, sous l'influence de ces circonstances, diverses dispositions morbides (tuberculose, maladies du cœur, etc.) se développer ou s'aggraver, et servir d'intermédiaire entre la cause première et le résultat ultime qui est l'aliénation mentale. — Un phénomène très fréquent et qui a une influence toute spéciale sur le développement de la folie, ce sont les insomnies prolongées; qui souvent succèdent aux émotions déprimantes, qui surexcitent le cerveau et troublent profondément la nutrition de cet organe. Ces insomnies nous offrent souvent des indications thérapeutiques précieuses à l'époque où la folie n'est encore qu'en voie de préparation.

Cette succession de phénomènes que nous venons d'énumérer s'explique, dans la majeure partie des cas, par l'influence que les centres nerveux exercent sur toute l'économie, et il est facile de comprendre que ces conséquences des émotions sont principalement à redouter aux époques de la vie où le développement de l'individu n'est pas encore complet, et où l'économie semble toujours disposée à quelque maladie, à l'époque de la puberté, pendant la grossesse, pendant l'accouchement, à l'âge critique, etc.

La cause qui a déterminé une émotion déprimante, les idées sur lesquelles roulait cette émotion, exercent non pas toujours, mais au moins dans la très grande majorité des cas, une influence déterminée sur le sujet des conceptions délirantes : ainsi, après la perte d'un parent aimé, le délire roule longtemps sur des idées qui se rattachent à cette perte. En pareil cas, il est souvent difficile d'établir une limite bien précise entre la folie et ce qui est encore le résultat physiologique, mais exagéré, de l'émotion que l'on a subie, il faut au moins une très grande attention pour distinguer l'un de l'autre; la folie peut être, dans ce cas, le résultat de la transformation immédiate d'un état physiologique, la continuation de l'émotion. La différence essentielle entre ces deux états, la mélancolie et la tristesse profonde physiologique, consiste en ce que, dans le premier cas, le malade ne peut s'arracher à sa douleur, parce qu'elle est profondément enracinée dans son esprit par suite d'un trouble pathologique provoqué par l'émotion; cet état pathologique peut avoir une grande importance sous le rapport du diagnostic.

En outre de l'influence que le motif qui a provoqué une émotion

déprimante peut exercer sur la nature du délire, il y a aussi certaines causes morales déterminées qui donnent à la folie, sinon constamment, du moins fort souvent, un caractère particulier. Ainsi, la folie que l'on observe chez les femmes, à la suite d'un chagrin d'amour, est ordinairement caractérisée par une profonde dépression mélancolique, s'accompagnant quelquefois de stupeur, par une tendance au suicide, par des complications de nature hystérique, par un grand affaissement des forces physiques, et se termine souvent par la tuberculisation pulmonaire. La folie provoquée par une frayeur présente le plus ordinairement le caractère de la mélancolie avec stupeur, suivie ou non d'accès de manie, etc.

CHAPITRE III.

CAUSES MIXTES.

§ 100. — 1° *Ivrognerie.* — L'ivrognerie tient le milieu entre les causes physiques et les causes morales; son action est tout à fait à la fois très puissante et très complexe. D'un côté, les excès alcooliques ont pour résultat principal d'agir sur l'organisme, tantôt directement, en amenant une surexcitation du cerveau et des troubles graves dans la nutrition de cet organe, qui est le siége d'une stase sanguine, tantôt indirectement, en amenant à leur suite des maladies graves de l'estomac, la dégénérescence graisseuse du foie, le scorbut des ivrognes; en un mot, en ébranlant profondément la constitution. D'un autre côté, dans l'ordre moral, l'ivrognerie provoque une foule de causes très sérieuses de la folie. L'ivrogne s'emporte souvent, il se querelle, se met en colère et se bat fréquemment; de plus, ce vice dégradant a souvent pour conséquence immédiate d'amener une foule d'impressions tristes, des chagrins domestiques, la ruine de la fortune; enfin la vie de famille n'est plus possible, tout le monde méprise l'ivrogne : tels sont les résultats de l'ivrognerie. Or il est évident qu'ils doivent exercer une influence très fâcheuse sur le moral. On n'oubliera pas non plus, et c'est là un fait important à noter, que l'ivrognerie n'est pas toujours la cause, mais qu'elle est souvent, au contraire, le résultat de cette série de circonstances fâcheuses que nous venons d'énumérer; beaucoup d'individus boivent parce qu'ils ont des chagrins domestiques, parce qu'ils ont eu des revers de fortune, etc.; ils cherchent dans l'ivresse l'oubli et la consolation de leurs maux. Sous l'influence simultanée de ces deux ordres de causes, le développement de la folie est ordinairement très rapide.

L'ivresse portée à un certain degré, cette sorte d'état de rêve qui s'accom-

pagne d'hallucinations et d'illusions nombreuses, ressemble déjà beaucoup à la folie, cela se comprend de soi. On voit quelquefois des individus qui, après avoir pris une quantité relativement peu considérable de liqueurs alcooliques, et sans être précisément dans un état d'ivresse profonde, conservent toute leur conscience et se livrent à des actes extravagants, à des actes de violence qui frisent de près la folie, circonstance qui paraît dénoter une grande prédisposition à la folie. Il n'est pas rare de voir des ivrognes être pris tout à coup d'attaques convulsives qui ressemblent assez à l'épilepsie, et qui sont suivies tantôt d'un état d'engourdissement intellectuel et de délire tranquille, tantôt, au contraire, d'un délire furieux : c'est ce que l'on désigne sous le nom de *forme convulsive de l'ivresse.*

Le buveur de profession, qui a des habitudes invétérées d'ivrognerie, présente, même lorsqu'il n'a pas bu, une foule de signes qui indiquent l'existence d'une maladie chronique du cerveau, et qui lui donnent déjà une certaine ressemblance avec les aliénés; cet état peut même dégénérer peu à peu en folie, et particulièrement en démence. Chez le buveur invétéré, comme chez beaucoup d'aliénés, on trouve constamment, à l'autopsie, des signes évidents d'une stase sanguine passive dans le cerveau, des opacités, des épaississements chroniques des membranes cérébrales sur le trajet des gros vaisseaux. L'habitude de boire est tellement entraînante chez ces individus, les idées qui pourraient les détourner de leur vice ont si peu de force, la volonté est tellement paralysée, que, bien qu'ils sachent tout le tort qu'ils se font, qu'ils perdent leur santé, qu'ils détruisent le bonheur de leur ménage, qu'ils se ruinent enfin, ils passent chaque jour sur la bonne résolution qu'ils avaient prise de ne plus boire. L'ivrogne de profession a toujours la tête lourde, embarrassée, il a du vertige ; ses sens s'engourdissent, ses muscles s'affaiblissent, son estomac se délabre, mais rien ne l'arrête ; il se grise chaque jour pour oublier ses maux, et peut-être c'est pour cela que le buveur ne peut plus rompre ses anciennes habitudes.

L'ivrognerie peut donner naissance à diverses formes de folie profonde. Le *delirium tremens* s'observe chez les buveurs de profession, parfois même chez des individus qui font des excès de boissons sans s'enivrer véritablement. Quelquefois il éclate brusquement ; ordinairement il est précédé d'insomnie, ou bien le sommeil est troublé par des rêves confus. L'explosion de ce délire est souvent déterminée par une émotion, une douleur, une maladie aiguë (surtout la pneumonie), une hémorrhagie, une cause débilitante quelconque, la suppression brusque des alcooliques. Les symptômes qui le caractérisent sont l'insomnie, le tremblement des membres, la tendance à la transpiration, aux hallucinations. L'état mental se traduit ordinairement par une grande agitation, déterminée

surtout par les hallucinations, et qui rend quelquefois le malade fort dangereux pour son entourage.

Parmi les différentes formes de la folie chronique, l'ivrognerie paraît avoir surtout une grande influence sur le développement de la paralysie générale. Il arrive fréquemment que la folie n'est qu'incomplétement développée, et l'appréciation médico-légale de l'état mental de ces individus est souvent extrêmement difficile. Ces anomalies intellectuelles légères, chroniques, que l'on observe chez les buveurs d'eau-de-vie se manifestent par une grande obtusion des sentiments ; la notion du devoir, et en général tous les sentiments élevés, sont profondément affaiblis ; la conscience est obtuse, la mémoire est considérablement diminuée, l'intelligence est dans un état d'affaissement général ; souvent enfin il y a des hallucinations plus ou moins tranchées. Les fonctions du système nerveux présentent encore une foule d'autres anomalies ; les mains, la langue tremblent, la sensibilité tactile est obtuse, la vue affaiblie, les fonctions génitales sont presque toujours nulles ; le malade a des fourmillements et des convulsions dans les jambes, du vertige, quelquefois des attaques épileptiques plus ou moins graves, tôt ou tard enfin on voit survenir le marasme et l'hydropisie consécutive à certaines maladies locales (affections de l'estomac, emphysème pulmonaire, cirrhose du foie, maladie de Bright, etc.). — Parmi les enfants de ces individus livrés à des habitudes invétérées d'ivrognerie, on en voit un certain nombre qui meurent très jeunes à la suite de convulsions ; d'autres sont idiots, imbéciles, microcéphales, ou bien, lorsqu'ils grandissent, ils sont eux-mêmes enclins à l'ivrognerie, à la folie ; un grand nombre d'entre eux enfin commettent des crimes.

On ne peut rien dire d'une manière générale sur la fréquence de la folie produite par les habitudes d'ivrognerie, relativement au chiffre des admissions dans les asiles. Les divers pays présentent sous ce rapport de très grandes différences, et quant aux statistiques que nous possédons à ce sujet, il est bien difficile de les mettre en parallèle, pour cette raison que tantôt on y a compris les cas de *delirium tremens*, tantôt au contraire on ne les y a pas admis. Sur 747 malades, Halloran en trouvait plus de 1/5e chez qui l'ivrognerie était notée ; Prichard et Esquirol attribuent à cette même cause la moitié des cas de folie en Angleterre ; en 1848, à Bedlam, M. Webster (sur 704 malades) ne trouvait qu'une proportion de 1/8e — 1/9e ; de même M. Morison, à Bedlam (sur 1428 malades), trouvait une proportion de 1/8e, et certainement dans ce chiffre sont compris un certain nombre de cas de *delirium tremens*. C'est un fait bien constaté aujourd'hui que dans ces derniers temps l'ivrognerie a considérablement diminué en Angleterre, et que les relevés étiologiques des asiles ont subi une diminution notable sous ce rapport. Des personnes

très compétentes qui habitent l'Angleterre m'ont affirmé que cet heureux résultat est dû, non pas aux sociétés de tempérance, mais bien à l'abolition de la loi sur les céréales. — A notre époque, il n'est pas de pays où l'ivrognerie produise autant de cas de folie qu'en Amérique. M. Rush constatait l'existence de cette cause chez 1/3 environ des malades de l'hôpital de Pensylvanie, et les nouvelles statistiques faites en Amérique donnent une proportion plus forte encore. Pour l'Allemagne, Jacobi et M. Bergmann ont donné des chiffres considérables pour cette cause; pour le Hanovre, la proportion est d'environ 1/6e. En 1856, M. Dagonet (à Stéphansfeld) l'évaluait à 1/8e — 1/9e environ.

L'ivrognerie est naturellement une cause bien plus fréquente et bien plus grave de folie chez l'homme que chez la femme; cependant on voit aussi des exemples de folie alcoolique chez les femmes, et cela non-seulement dans le peuple et chez les filles publiques, — chez qui du reste la folie alcoolique est loin d'être rare, — mais encore quelquefois dans les classes élevées, chez des femmes hystériques, surtout à l'âge critique. Sutton rapporte le fait d'une femme qui, après avoir fait un usage immodéré de teinture de lavande, perdit le sommeil et fut prise ensuite de *delirium tremens*.

La *dipsomanie* proprement dite, ou ivrognerie périodique et intermittente, est plutôt un symptôme qu'elle n'est une cause de folie périodique. Ainsi il y a des cas, — j'en ai moi-même observé quelques-uns, — où, simultanément avec d'autres phénomènes nerveux, migraine, prostration, insomnie, nausées, douleurs à la région épigastrique, un état de malaise moral et général, on voit survenir un certain degré de mélancolie, auquel succède bientôt de l'agitation; le malade se met alors à fréquenter les cabarets et à se griser pendant plusieurs jours de suite. Dans ces cas l'ivresse atteint ordinairement les proportions d'un véritable accès de manie; puis le malade tombe dans une apathie profonde et prend un véritable dégoût pour les liqueurs alcooliques. Ordinairement ces attaques se reproduisent un certain nombre de fois. Pour bien apprécier ces faits de dipsomanie, il faut rechercher soigneusement si l'attaque a été ou non précédée d'une période de mélancolie, si l'individu offre une disposition héréditaire, et si dans la vie ordinaire il est généralement sobre ou si au contraire il a du goût à boire. Dans ce dernier cas, il est très rare que ce besoin de boire, que l'accès de dipsomanie soit le résultat d'un état morbide (1).

(1) J'ai observé un curieux exemple de dipsomanie chez deux sœurs qui, dans l'intervalle de leurs accès, étaient très sobres et n'avaient que de la répulsion pour les liqueurs alcooliques.

L'une de ces malades, dès qu'elle sentait son accès venir, quittait sa famille, et voyageait pendant toute sa durée, qui était de quinze jours à un mois; elle allait

En Amérique et aussi en Angleterre, on voit quelquefois dans les asiles d'aliénés des individus qui sont devenus fous par suite de l'abus de l'opium ; dans ces cas il faut s'attacher avec soin à constater les symptômes de l'empoisonnement chronique par l'opium. — Il en est de même du tabac, dont l'abus, et quelquefois même dont l'usage simplement modéré, peut amener des troubles graves dans les fonctions de tout le système nerveux. Bien qu'il ne semble pas exister des faits dans lesquels l'usage du tabac ait à lui seul déterminé la folie, il n'est pas douteux cependant que chez certains individus il affaiblit et trouble les fonctions du cerveau. — L'affection cérébrale que provoque l'empoisonnement saturnin chronique offre quelquefois une très grande analogie avec le *delirium tremens*, notamment en ce que dans les deux cas on observe un tremblement des mains et en même temps un délire loquace et agité ; mais dans la folie saturnine, l'excitation se transforme souvent en stupeur ; fréquemment aussi il y a des convulsions, des paralysies ; l'existence antérieure de coliques de plomb et le liséré grisâtre des gencives peuvent servir en outre à fixer le diagnostic. M. Moreau (*Ann. méd.-psych.*, 1855, t. VII, p. 639) rapporte un cas de stupeur alternant avec l'agitation maniaque qui survint à la suite de l'emploi prolongé pendant quatorze jours d'une pommade contenant beaucoup de litharge ; le malade avait des coliques saturnines et le liséré gingival.

§ 101. — 2° Une vie sans cesse orageuse, désordonnée, livrée au libertinage, agit à peu près de la même manière que l'ivrognerie ; elle a une double influence sur la santé physique et morale ; il en est de même de la misère et des privations. Combien de fois ne trouvons-nous pas dans les antécédents des aliénés une vie irrégulière, agitée par une foule d'aventures, de tribulations et de difficultés, pleine de revers, de peines, d'excès, d'événements de toute sorte, qui amènent constamment des conflits avec le monde, des emportements et de profonds chagrins ! Combien de fois ne voyons-nous pas les privations, la misère, amener cet état de douleur morale et de désespoir que l'on ne peut plus surmonter, et qui finit par jeter les individus dans la mélancolie, dans le suicide ou dans la folie la plus profonde ! Mais il y a encore autre chose que ces influences morales : ces individus se nourrissent mal ; la faim, le froid, la fatigue, l'épuisement des forces, amènent des maladies physiques. La folie est

d'hôtel en hôtel et était presque continuellement en état d'ivresse. L'accès fini, elle rentrait chez elle, et parvenait ainsi à cacher sa déplorable infirmité.

L'autre sœur, moins bien partagée sous le rapport de la fortune, a été envoyée deux fois à la Salpêtrière.

Dans ces deux cas, les accès débutaient par de l'inappétence, un état général de malaise et de mélancolie ; bientôt se développait un désir irrésistible de boire de l'eau-de-vie. (B.)

très fréquente dans tous les cas où ces deux ordres de causes se trouvent réunis (fatigues de la guerre, excès des militaires en campagne) (1).

3° Les excès vénériens ont une action à peu près analogue et doublement nuisible, par la surexcitation mentale et par l'épuisement physique qu'ils entraînent ; il en est de même de l'onanisme, qui est souvent une cause de folie comme de toute autre dégradation physique et morale. En outre de l'émission du sperme et de l'action directe qu'exerce sur la moelle et sur le cerveau l'état souvent presque constant d'irritation dans lequel se trouvent les organes génitaux, l'onanisme doit avoir une action bien plus fâcheuse sur l'état mental et beaucoup plus directe sur le développement de la folie. Cette lutte perpétuelle contre un penchant que l'on ne peut surmonter, et auquel on finit toujours par succomber, cet antagonisme caché entre la honte, le repentir, la bonne résolution et l'irritation qui appelle impérieusement l'acte, nous paraissent, d'après l'aveu de quelques onanistes, avoir une action plus fâcheuse encore que l'acte direct et simple. Il est très difficile d'établir quelle est la part d'influence qui revient à chacun de ces deux ordres de causes. Mais d'une manière générale, l'onanisme paraît avoir une influence d'autant plus grande sur le développement de la folie qu'on s'y livre à un âge plus tendre, que la constitution est plus délabrée, que cet état s'accompagne d'émotions douloureuses, et qu'il devient la cause d'une maladie locale des organes génitaux (voy. § 108). — En dehors de ces circonstances, la masturbation paraît ne pas avoir le plus souvent de conséquences fâcheuses.

Ellis (*Traité de l'aliénation mentale*, p. 133) attribue à l'onanisme le plus grand nombre des cas de folie traités dans les asiles publics. MM. Guislain et Parchappe, dans leurs tableaux étiologiques, ne trouvent pour cette cause qu'une faible proportion. M. Flemming est arrivé à un résultat à peu près analogue (*Journal de Jacobi et Nasse*, 1835, t. I, p. 204); M. Ellinger (*Journal de psychiatrie*, 1845, t. II, p. 22), d'après ses recherches à Winnenthal, a trouvé l'onanisme dans 1/5e des cas. Voyez Nasse (*ibid.*, 1849, p. 369) et Claude (*Revue médicale*, 1849, mai, p. 252).

Mais dans l'étude de ces causes, il y a des erreurs qu'il faut soigneusement éviter. Il n'est pas rare du tout qu'au commencement de la folie

(1) Les causes dont parle ici M. Griesinger concourent surtout très puissamment à produire la paralysie générale. On a depuis bien longtemps noté l'énorme proportion des militaires atteints de cette maladie.

Si la paralysie générale est si rare chez les femmes des classes riches, si commune chez les femmes des classes pauvres, n'est-ce pas aux privations, à la misère, aux excès de travaux, à une nourriture insuffisante qu'il faut l'attribuer au moins autant qu'aux excès ? (Voy. l'*Histoire de la paralysie générale.*) (B.)

(et bien plus encore dans les cas où l'on voit un léger degré de mélancolie se transformer en manie), les malades aient une grande excitation des organes génitaux qui les porte à se livrer à l'onanisme ou à fréquenter de mauvaises maisons. Dans ce fait il faut voir non pas une cause, mais bien un symptôme d'aliénation mentale. Dans certains cas où les excès vénériens, en raison de l'époque où ils sont survenus, pourraient être regardés comme ayant déterminé la folie, ces accès ne sont réellement que la conséquence immédiate d'une excitation morbide déjà ancienne de certaines parties du système nerveux : par exemple, lorsqu'on voit un petit enfant se livrer instinctivement à l'onanisme bien avant l'âge de la puberté, il est à peu près certain qu'il y est sollicité par une irritabilité morbide des organes génitaux qui coïncide avec un état nerveux de la constitution et avec une disposition originelle à la folie.

Les maladies mentales qui se développent sous l'influence de l'onanisme n'ont pas de caractère spécifique constant; mais dans beaucoup de cas elles se manifestent par une obtusion profonde des sentiments, par des hallucinations de l'ouïe, par une teinte religieuse du délire; elles se transforment rapidement en démence et deviennent le plus souvent incurables (1).

(1) L'onanisme dans ses rapports avec la folie doit être considéré à un double point de vue également important, comme cause productrice de la folie chez les sujets sains d'esprit, comme cause d'incurabilité chez les aliénés.

Un certain nombre d'aliénés se livrent à l'onanisme, et nul doute que cette condition ne hâte dans beaucoup de cas l'invasion de la démence. En outre, on sait que les excès vénériens sont une des principales causes de la paralysie générale, et peut-être dans quelques cas la transformation de la démence simple en démence paralytique a-t-elle lieu chez les aliénés sous l'influence de l'onanisme. Je viens d'observer un fait de ce genre très remarquable, au point de vue surtout des lésions anatomiques.

La femme X..., âgée de trente-cinq ans, est entrée à la Salpêtrière le 16 décembre 1859. Elle était aliénée depuis plus de dix-huit mois. Dès le début la maladie avait revêtu les caractères de la démence. X... était devenue insouciante, indifférente, malpropre, riant sans motifs. Elle avait cessé de s'occuper de ses enfants et de son ménage, courait çà et là quand elle parvenait à s'échapper de la maison. Cette femme semblait n'avoir que de l'éloignement pour les rapports conjugaux, mais son mari l'avait très souvent surprise se livrant à l'onanisme, et ses remontrances avaient été tout à fait inutiles. La malade cherchait à être seule et voulait sans cesse rester couchée. A la Salpêtrière, malgré l'emploi de la camisole pendant la nuit, la malade continuait à se livrer à sa funeste habitude.

Elle ne paraissait d'ailleurs avoir ni conceptions délirantes ni hallucinations; elle répondait avec assez de précision, et la mémoire paraissait assez bonne ; aucun embarras de la parole ; tenue très mauvaise ; insouciance, refus de travailler, rires sans

CHAPITRE IV.

DES CAUSES PHYSIQUES.

§ 102. — Nous n'admettons pas (voy. §§ 79 et 98) que l'on puisse résoudre à l'aide de la statistique seule la question de savoir si la folie est plus souvent produite par des causes physiques, ou au contraire par des causes morales. Nous nous abstiendrons donc de nous occuper des

motifs, regards brillants et provocateurs quand elle se trouve en présence des hommes. La santé générale était excellente.

Peu à peu l'état s'aggrave, la malade s'agite, danse une partie de la journée, pousse des cris. Point de signes de paralysie. Après une année, la démence a fait de grands progrès : physionomie complétement hébétée, rires niais, malpropreté extrême ; la malade, quand elle peut tromper la surveillance, mange des matières fécales.

Après un séjour de près de deux ans, la femme X... maigrit et tout à coup *elle cesse de parler*. Elle pousse des cris inarticulés, mais ne prononce plus une seule parole. Elle mange avec voracité, et la malpropreté est extrême. Après deux ans et demi de séjour, il faut faire manger la malade, dont la maigreur augmente, et qui est tombée dans une complète stupidité. Il survient un état de marasme avec tremblement des membres, et la malade succombe le 6 décembre 1862, après un séjour de trois années à l'hospice. Cette femme ne faisait depuis longtemps aucun effort pour parler, c'était un état complet et absolu de mutisme. On ne pouvait juger si elle avait l'embarras de la parole qui décèle l'existence de la paralysie générale ; l'autopsie seule pouvait nous éclairer sur l'existence de cette maladie.

Cette autopsie révéla une altération très curieuse.

Le cerveau était extrêmement atrophié, et cette atrophie portait surtout d'une manière très remarquable sur les lobes antérieurs, qui étaient petits, pointus, et avec des circonvolutions très écartées et très minces. Le vide dû à l'atrophie était comblé par 370 grammes de sérosité. C'est la plus grande quantité que je me rappelle avoir jamais trouvée. Les membranes, à peu près saines sur les deux tiers postérieurs du cerveau, étaient épaissies sur les lobes antérieurs. On ne pouvait que difficilement les détacher de ces lobes sans entraîner des plaques très larges de substance grise dont la couche externe, assez consistante, était complétement séparée de la substance blanche, de telle sorte qu'en insufflant sous cette couche externe, on la soulevait très facilement dans certains points. Sur quelques circonvolutions, la cavité qui s'était formée au-dessous de la couche externe avait des parois lisses, et l'on aurait pu croire à une cavité hémorrhagique ancienne, mais le plus souvent les deux parois étaient inégales, tomenteuses. La substance grise au-dessous de la couche externe paraissait avoir disparu par absorption.

Cette altération n'existait que sur les lobes antérieurs, ailleurs il n'y avait point d'adhérences ; du reste, même sur les lobes antérieurs, on pouvait, avec certaines précautions, détacher les membranes, mais le moindre effort suffisait pour soulever avec elles le plan externe de la substance grise complétement isolée de la sub-

relevés statistiques qui ont été publiés à ce sujet, et nous nous bornerons simplement à rappeler ici, à propos de la discussion qui s'est élevée jadis entre M. Moreau de Jonnès, d'un côté, et MM. Brierre de Boismont et Parchappe de l'autre côté (1843), que ces tableaux statistiques donnent des résultats d'autant plus inadmissibles et d'autant plus négatifs qu'on y voit figurer des dénominations plus vagues et plus

stance blanche. Ce plan externe trop large se trouvait plissé sur plusieurs circonvolutions.

Cette absorption de la substance grise des lobes antérieurs a-t-elle quelques rapports avec l'onanisme ?

J'ai recherché des observations du même genre dans les auteurs, et j'en ai trouvé deux assez curieuses.

L'une appartient à M. Parchappe et l'autre à M. Calmeil.

Chez un jeune homme de vingt-six ans, aliéné depuis quatre ans environ par suite d'*onanisme*, et qui avait présenté à la fin de sa maladie :

La perte de la parole ;

La marche vacillante ;

Un engourdissement profond ;

Des signes d'une démence très avancée ;

M. Parchappe a trouvé quelques circonvolutions des lobes antérieurs « comme dépouillées de leur substance corticale ; leur bord saillant offre à nu la substance blanche, et de chaque côté du bord saillant cette dénudation se prolonge plus ou moins dans l'anfractuosité : la substance grise, injectée, molle, muqueuse, s'amincit en biseau sur le bord libre, ou bien reparaît de proche en proche en couches d'épaisseur variable, depuis une couche floconneuse assez mince pour laisser voir la substance blanche, jusqu'à une couche d'épaisseur semblable à celle de la couche corticale des autres régions. Cette altération existe aussi à la partie latérale des lobes antérieurs, à la partie externe des lobes moyens. Dans les autres régions le plan externe de la couche corticale s'enlève par plaques avec une grande facilité en même temps que les membranes. »

Dans ce cas il y avait, comme on le voit, absorption complète de la substance grise dans certains points, dans d'autres l'absorption ne s'était probablement faite que dans le plan moyen, ce qui explique comment le plan externe s'enlevait par plaques avec une grande facilité, comme dans le cas que j'ai moi-même observé.

Dans le fait cité par M. Calmeil, il s'agit d'une femme livrée à l'*onanisme* et qui avait offert les symptômes d'une paralysie générale avec démence simple ; pendant les six derniers mois, « lorsqu'on lui adressait la parole elle se contentait de sourire ».

Chez cette femme la substance corticale, dit M. Calmeil, fut trouvée « presque aussi mince qu'une *feuille de papier de soie* ».

Cette substance était en outre très molle et adhérente aux membranes.

On voit qu'ici l'absorption de la substance grise avait été portée à un degré extrême, puisqu'il n'en restait plus qu'une couche presque aussi mince qu'une feuille de papier de soie.

Bien que le rapprochement de ces trois faits puisse paraître curieux, on ne saurait

abstraites, et que l'on n'y sépare pas l'idiotie des autres formes mentales. — Il est évident que, dans beaucoup de cas, la folie peut se développer sous l'influence de causes purement physiques ; cela ne fait pas question; d'un autre côté, il est certain aussi qu'en présence de ces maladies physiques, les causes morales déterminent beaucoup plus facilement la folie. Il y a souvent aussi, mais non toujours cependant, une disposition soit héréditaire, soit acquise, qui se manifeste, en dehors des phénomènes que nous avons énumérés plus haut, par l'apparition d'un léger degré de délire dans le cours des maladies aiguës, même peu intenses. Chez ces individus, toute maladie grave peut donner lieu à une affection cérébrale bientôt suivie de folie; mais, par contre, les causes physiques agissent non-seulement en déterminant l'explosion de la folie chez les individus déjà prédisposés d'ailleurs, mais encore elles font naître elles-mêmes des dispositions qui, plus tard, sous l'influence de causes morales, dégénèrent en folie.

Ces causes physiques consistent quelquefois simplement dans un état encore physiologique, mais qui cependant expose beaucoup à la maladie (l'accouchement, par exemple), ou bien il y a déjà un état de maladie soit aiguë, soit plutôt chronique (tuberculisation), ou bien enfin ce sont des lésions accidentelles (blessures de la tête). — Nous commencerons l'énumération des causes physiques par celles qui proviennent directement du système nerveux.

§ 103. — 1° *Folie consécutive à des maladies du système nerveux.* — La plupart des maladies du cerveau, bien que n'ayant pas au début le caractère des maladies mentales, peuvent présenter ce caractère dans leur marche ultérieure. La méningite aiguë, par exemple, n'a qu'à devenir chronique pour revêtir aussitôt l'aspect de l'aliénation mentale. Les différentes affections cérébrales qui déterminent l'épilepsie sont parfois liées dès le début à un dérangement des facultés intellectuelles (qui a précédé les attaques convulsives); dans d'autres cas, ce n'est que par suite des progrès de la maladie cérébrale, et par conséquent longtemps après le développement de l'épilepsie, que l'on voit apparaître la folie (soit parce que la maladie, qui était d'abord limitée aux parties internes du cerveau, — inflammation chronique, — se propage à la surface de l'organe, soit qu'il y ait atrophie cérébrale, etc.). Il en est à peu près de même des foyers apoplectiques; ils peuvent, en outre des phénomènes

évidemment en rien conclure, mais ils suffisent pour qu'on profite des occasions qui se présenteront, et qu'on recherche s'il n'y aurait pas quelque rapport entre l'onanisme et les excès vénériens, et l'atrophie de la substance grise ou même sa disparition complète sur certaines circonvolutions, comme dans le fait cité par M. Parchappe. (B.)

de paralysie, déterminer la folie (c'est presque toujours la démence, quelquefois aussi la manie), soit primitivement, soit au contraire consécutivement aux dégénérescences secondaires que leur présence fait naître dans le cerveau. Quelquefois le trouble mental est très limité, il empêche par exemple la reproduction de certaines séries d'idées; mais il peut aussi atteindre des proportions plus considérables et amener un profond affaiblissement de l'intelligence.

Toutes les plaies de tête graves ont une influence considérable sur le développement de la folie, soit qu'il y ait simplement commotion du cerveau, soit qu'elles s'accompagnent de fracture du crâne, d'épanchement sanguin, ou de perte de substance cérébrale, etc. Quand la blessure a été très violente, on voit quelquefois apparaître dès le début, et malgré le rétablissement physique du malade, un ébranlement profond des facultés intellectuelles (démence, démence avec manie, etc.); dans d'autres cas, au contraire, ce n'est que longtemps après la blessure, un an, deux ans, six ans, quelquefois même dix ans après, que l'on voit éclater la maladie mentale. Dans quelques-uns de ces cas il se fait de petits foyers purulents à marche chronique, qui restent longtemps sans produire d'accidents, ou bien ce sont de petits kystes apoplectiformes, ou une inflammation de la dure-mère, et ce n'est que plus tard que ces points deviennent, sous l'influence d'une cause quelconque, le centre d'une inflammation qui se propage aux membranes ou à la substance cérébrale. D'autres fois, il se forme lentement à la suite de ces blessures une exostose, une tumeur ou une carie des os du crâne qui amène une hypérémie plus ou moins étendue ou l'exsudation de fausses membranes dans les méninges. Dans d'autres cas enfin, on n'observe rien de semblable; l'ébranlement que le cerveau a subi peut, sans qu'il y ait de lésion anatomique, déterminer dans cet organe une susceptibilité morbide telle, que, sous l'influence de causes légères (une cause morale, par exemple), et au bout de plusieurs années, on voit tout à coup apparaître la folie.

Il arrive encore assez souvent qu'en pressant de questions les parents ou les amis du malade, on finit par apprendre qu'il a éprouvé à une époque plus ou moins éloignée un accident quelconque, qu'il a fait une chute de cheval, qu'il est tombé ou qu'il a reçu un coup sur la tête, accident qui a été suivi d'un assoupissement prolongé (1); quelquefois même alors on vous dit qu'à la suite de cet accident le malade avait présenté un certain changement dans le caractère, qu'il était devenu

(1) On voit quelquefois aussi des névroses spinales se développer longtemps après une blessure. M. Jakubowsky (*Observation de chorée traumatique*. Cracovie, 1838) rapporte un fait dans lequel la chorée a éclaté plusieurs mois après un coup reçu dans le dos; le malade a guéri.

(*Note de l'auteur.*)

méchant, irritable, etc., maïs qu'on n'avait pas fait attention à cela, et qu'on n'avait pas cru que ce changement pût être le prodrome de la folie qui a éclaté plus tard.

Nous emprunterons à l'intéressant travail de M. Schlager, *Sur les lésions de l'intelligence consécutives à l'ébranlement du cerveau* (*Journal de la Soc. I. et R. des médecins de Vienne*, 1857, p. 454), le passage suivant : — Sur 500 aliénés, il y en avait 49 (42 hommes et 7 femmes) chez qui la folie avait été le résultat direct d'un ébranlement du cerveau. Dans 21 cas, le traumatisme avait été immédiatement suivi de perte complète de connaissance; dans 16 cas, il y avait eu simplement confusion des idées; dans les 12 autres, il n'y avait eu qu'une vague douleur de tête. Dans 19 cas, la maladie mentale s'était développée dans la première année après l'accident; mais le plus souvent le développement de la folie avait été beaucoup plus tardif; dans 4 cas enfin, ce n'est qu'au bout de plus de dix ans que la folie a éclaté. Presque tous ces malades avaient eu immédiatement après l'accident une grande tendance à la congestion du sang à la tête, sous l'influence du moindre excès de boisson, d'une émotion, etc. ; ils avaient eu de l'hyperesthésie oculaire (photophobie, chromatopsie, photopsie, etc.), ou de l'amblyopie; chez 15 d'entre eux, il est survenu, soit avant, soit après le développement de la folie, des scotomes noirs qui ont donné un caractère tout particulier au délire. Ces individus avaient très souvent des bourdonnements d'oreilles, 18 avaient de la surdité, 3 avaient des illusions de l'ouïe, de l'inégalité des pupilles. Chez presque tous le caractère avait changé, l'humeur était inégale (symptômes prodromiques de la folie); dans 20 cas, il y avait une grande irascibilité, une violence, un emportement extrêmes; quelquefois, mais rarement, il y avait des idées ambitieuses, de la prodigalité, de l'inquiétude, de l'agitation; dans 14 cas, il y avait eu des tentatives de suicide; souvent aussi il y avait perte de la mémoire, confusion des idées. — Chez presque tous ces malades, le pronostic a été défavorable, 7 de ces individus sont tombés dans la démence paralytique. — 10 autopsies ont été faites : dans quelques cas, on trouva des cicatrices osseuses, des adhérences de la dure-mère au crâne, des opacités, de l'œdème des membranes, un degré variable d'hydrocéphale chronique, un état granuleux de la membrane interne des ventricules; dans un cas, il y avait racornissement et atrophie du cerveau, avec inflammation chronique des membranes. — Il est probable que les blessures qui intéressent les os du crâne déterminent plus souvent la production de la folie que celles qui sont limitées aux parties molles. — Le Rapport sur l'asile des aliénés de Vienne (1858, p. 47) contient plusieurs faits intéressants de folie consécutive à une blessure de la tête.

A ces cas où la folie est le résultat de lésions traumatiques des os du

crâne, il faut ajouter ceux où elle est produite par une carie spontanée du crâne, par une carie du rocher, par une otite interne avec ses conséquences ordinaires, thrombose, méningite, etc. Jacobi a vu 7 cas de ce genre : dans ces cas, la folie probablement ne guérit jamais, rarement s'améliore-t-elle. — D'après M. Hanbury Smith, il serait entré dans une seule année à l'asile des aliénés de New-York 7 malades chez qui la folie était consécutive à une maladie de l'oreille interne (*Ann. méd.-psych.*, 1854, p. 450). — On a vu quelquefois un accès violent de manie se développer à la suite de la suppression d'un écoulement purulent de l'oreille, et cesser, ou tout au moins diminuer considérablement lors du retour de cet écoulement (L. Meyer, *Deutsche Klinik*, 1855).

Il faut encore signaler parmi les causes, assez rares cependant, de la folie, l'insolation, qui agit peut-être en déterminant une hypérémie considérable (et de l'œdème?) du cerveau; peut-être aussi la folie est-elle due à la surexcitation nerveuse que l'exposition prolongée aux rayons d'un soleil ardent peut provoquer dans le cerveau. Ellis rapporte deux cas de folie déterminée par l'insolation, dont l'un s'est terminé par la guérison et l'autre par la démence.

Les faits dans lesquels la folie se développe à la suite (et sans doute aussi comme conséquence) d'une blessure relativement peu importante d'un nerf périphérique (blessures des parties molles), ou d'une affection d'un nerf des sens, comme, par exemple, la surdité par maladie du nerf auditif, ces faits, dis-je, sont d'un grand intérêt au point de vue pathologique. Ainsi nous avons vu un accès de mélancolie profonde survenir chez une femme hystérique à la suite d'une blessure très légère de l'œil par un petit éclat de bois; M. Herzog a vu un accès de folie survenir à la suite d'une opération de strabisme; M. Foville rapporte avoir trouvé une altération superficielle du cervelet chez un grand nombre d'individus qui étaient devenus aliénés par suite de lésions périphériques de la cinquième paire et du nerf auditif. Je rappellerai aussi le fait de Jördens (cité par nous au § 87); il parle d'un jeune garçon à qui il entra dans la plante du pied un petit morceau de verre qui détermina un accès de manie, accès qui dura jusqu'à ce qu'on eût enlevé le corps étranger. Je pense aussi qu'il faut ranger dans cette même catégorie pathogénique les faits cités par Zeller (*Journal allemand de psych.*, t. I, p. 49), de folie consécutive à des plaies des parties molles de la tête. Ces faits rappellent beaucoup le délire nerveux que l'on observe quelquefois pendant les opérations, mais plus souvent à leur suite ; on peut comparer cette affection cérébrale, à l'affection de la moelle qui détermine le tétanos traumatique, avec cette différence toutefois que la moelle épinière et le cerveau ne réagissent pas de la même façon.

Nous devons également citer ici diverses autres irritations violentes ou

prolongées des nerfs périphériques de l'organisme ; au premier groupe se rattache le fait si remarquable cité par Esquirol d'un accès de manie succédant à une impression vive de l'odorat; dans le second, se rangent l'irritation que le ténia et les vers intestinaux produisent dans l'intestin, et le prurit chronique. Une douleur très intense peut aussi déterminer l'explosion de la folie chez un individu prédisposé. Le Rapport de l'asile de Vienne (1858, p. 60) contient un cas dans lequel la folie est survenue par le fait d'une douleur extrêmement vive résultant d'une inflammation des gaînes tendineuses de la paume de la main.

§ 104. — Les névroses spinales, qu'elles soient bornées simplement à une affection convulsive ou névralgique très limitée, ou qu'elles se manifestent par un état d'hystérie confirmée, peuvent donner naissance à la folie. Dans ces cas, l'aliénation peut être le résultat de l'extension, de la propagation progressive de la névrose aux parties essentielles des centres nerveux, ou bien, — et cela est assez fréquent chez les hystériques, — elle est produite par le passage brusque de la névrose d'un point du système nerveux au cerveau; dans ce dernier cas, la folie peut alterner souvent, et en quelque sorte d'une façon périodique, avec d'autres affections nerveuses. Ainsi Brodie parle (*Lectures on certain local nervous affections*, London, 1837, p. 8) d'une dame qui, pendant une année, souffrit d'une convulsion permanente du muscle sterno-mastoïdien ; tout à coup l'état convulsif cessa et la malade devint mélancolique; la mélancolie dura un an, puis elle cessa et fut remplacée par la même convulsion musculaire, qui dura plusieurs années; dans un autre cas rapporté également par Brodie, la folie alternait avec un état névralgique de la colonne vertébrale.

Pour ce qui est de l'*hystérie* proprement dite, c'est une affection générale du système nerveux, qui se manifeste tantôt sur un point, tantôt sur un autre; il est très rare que dans cette maladie les facultés mentales jouissent de leur parfaite intégrité. — Dans les cas ordinaires, légers, qui ne constituent pas encore une affection mentale, on trouve, à côté d'anomalies très marquées de la sensibilité ou du mouvement, quelquefois même sans anomalies de ce côté, un état prédominant du caractère, qui est propre aux sujets atteints d'hystérie; ils sont d'une extrême sensibilité, d'une susceptibilité exagérée, le moindre reproche les affecte, ils sont facilement irritables, ils changent d'humeur pour le moindre motif, quelquefois même sans motif aucun; on en voit qui ont par moments une tendresse toute sentimentale pour d'autres femmes; ils sont excentriques; il y en a qui ont une intelligence assez vive; à cet état général s'ajoutent parfois quelques particularités individuelles; les uns sont menteurs, jaloux, désordonnés, ils aiment à faire des méchancetés, etc.

La folie hystérique profonde se manifeste principalement sous deux formes différentes, la forme aiguë et la forme chronique. Dans la première forme, ce sont des accès aigus de délire et d'agitation allant quelquefois jusqu'à la manie ; elle se développe à la suite des attaques convulsives ordinaires de l'hystérie ; mais, dans certains cas, ces attaques sont très légères, quelquefois même l'accès de folie semble remplacer l'attaque convulsive qui manque complétement ; la même chose s'observe pour l'épilepsie. Ces accès de manie s'observent parfois déjà chez de très jeunes filles ; elles crient, elles chantent, battent leurs compagnes, leur disent des injures ; quelquefois elles ont un délire furieux, elles font des tentatives de suicide, elles ont une surexcitation nymphomaniaque, ou bien elles ont un délire religieux ou démoniaque, ou enfin elles se livrent à des actes extravagants, mais encore cohérents. Dans ces cas, les malades ne conservent qu'un faible souvenir de ce qu'elles ont fait pendant l'accès. (Voy. L. Meyer, *Sur l'hystérie aiguë mortelle ;* VIRCHOW'S *Archiv*, 1856, p. 98.)

La folie hystérique chronique peut se présenter sous forme de mélancolie ou de manie ; quelquefois l'état habituel du caractère particulier aux hystériques va s'aggravant lentement et progressivement, les symptômes sont plus persistants, de plus en plus intenses, si bien que la malade devient de plus en plus incapable de s'en rendre maîtresse ; ou bien la maladie commence d'une façon aiguë, sous l'influence d'une émotion, d'un dérangement dans la menstruation ou d'un affaiblissement consécutif à une autre maladie aiguë, après quelques petites attaques hystériques parfois incomplètes. Au début, on observe simplement un petit changement dans le caractère : les malades sont un peu sombres, égoïstes, préoccupées de leur santé ; elles sont indécises, sans volonté, impatientes, violentes, emportées ; puis elles maigrissent, elles deviennent anémiques, quelques-unes même tombent dans le marasme ; elles sont constipées, la digestion, la menstruation sont irrégulières ; enfin elles tombent dans les formes chroniques de la mélancolie et de la manie ; on voit souvent survenir des exacerbations temporaires avec une forte congestion de la tête, des migraines, un gonflement de la lèvre supérieure ou avec de la diarrhée. Les symptômes s'aggravent presque toujours à l'époque des règles. Chez beaucoup de malades, le délire a une certaine teinte érotique, qui parfois est très légère, quelquefois même elle manque totalement. Quelquefois ces femmes ont de l'extase ; enfin la folie hystérique dégénère plus souvent en démence qu'on ne pourrait le supposer à priori.

Particularités antérieures du caractère, sensation actuelle ou antérieure d'un globe (boule hystérique), sanglots convulsifs, météorisme, attaques convulsives, anesthésies et hyperesthésies locales, symptômes de para-

lysie, tels sont les signes sur lesquels est basé le diagnostic de la folie hystérique. On trouve très fréquemment chez ces malades une prédisposition héréditaire évidente aux maladies nerveuses, des phénomènes de chlorose, des troubles menstruels (qui peuvent se dissiper sans que l'hystérie s'améliore), et, ce qui est fort important sous le double rapport du pronostic et du traitement, des maladies locales des organes génitaux. Quelquefois sans doute on peut attribuer à l'abstinence de rapports sexuels une certaine influence sur le développement de l'hystérie, mais on a beaucoup exagéré l'importance de cette cause; en effet, l'hystérie n'est pas très rare chez de petites filles qui n'ont pas encore atteint l'âge de puberté; d'un autre côté, elle est très fréquente chez les femmes mariées; souvent même elle est produite par le mariage, par la grossesse ou l'accouchement; enfin elle est très fréquente aussi chez les filles publiques.

L'hystérie s'observe quelquefois, mais beaucoup plus rarement, chez de jeunes hommes; j'en ai vu plusieurs exemples, notamment il y a peu de temps chez un jeune homme très anémique, dont la femme était enceinte; il avait la sensation très nette de la boule hystérique; il avait aussi de fortes convulsions. Toutefois je ne sache pas que l'on ait encore signalé des cas de folie hystérique chez l'homme.

§ 105. — Diverses maladies aiguës, fébriles, déterminent parfois l'explosion de la folie; le trouble qu'elles apportent dans l'organisme paraît même être la seule cause de la production de la folie. La fièvre typhoïde, les fièvres intermittentes, le choléra, les exanthèmes aigus, la pneumonie, le rhumatisme aigu, sont les maladies qui donnent le plus souvent naissance à la folie; pour quelques-unes d'entre elles, les faits ne me paraissent pas encore être bien connus, nous les étudierons donc avec toute l'attention qu'elles réclament.

A la suite de la fièvre typhoïde, il n'est pas rare du tout d'observer un certain degré d'aliénation mentale, aussi bien dans les cas où la maladie a été grave que dans ceux où elle n'a été que légère; ces faits peuvent être rangés à côté des diverses affections du système nerveux que l'on rencontre à la suite de cette fièvre, anesthésies incomplètes, paralysie passagère des extrémités, etc. Le malade n'a plus de fièvre, quelquefois même il est en pleine convalescence, mais il conserve encore quelques traces de son délire fébrile, ou bien, en dehors de ce délire, il exprime sur tel ou tel sujet des idées tout à fait dépourvues de sens, complétement perverties, parfois même à l'égard de lui-même, ou bien il a des hallucinations, son intelligence est faible, mais son caractère n'est pas profondément excité. Dans cette forme de folie, dans cette espèce de délire fragmentaire, le pronostic est généralement favorable; le délire disparaît en général très rapidement quand le malade mange et reprend

des forces, quand bien même, comme cela se voit quelquefois, il existe en même temps un peu d'agitation maniaque. Dans ces cas, il n'y a pas folie à proprement parler, c'est plutôt un retour lent des fonctions cérébrales à leur état normal ; aussi ces malades n'entrent-ils pas dans les asiles. — Mais il y a aussi des cas beaucoup plus graves de folie chronique, qui débute soit pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, soit même dès que les symptômes de la maladie commencent à s'amender. C'est généralement sous forme de mélancolie ; la maladie mentale va augmentant peu à peu, elle s'accompagne parfois de stupeur, ou bien les malades croient qu'on veut les empoisonner, ils refusent de manger ; souvent on voit dans ces cas survenir un affaiblissement rapide de l'intelligence ; enfin ils se transforment souvent en manie et en démence profonde : les fonctions du cerveau ne peuvent plus se rétablir chez ces individus, peut-être en raison des troubles de nutrition dont cet organe est le siége ; quoi qu'il en soit, le pronostic en pareil cas est toujours défavorable.

Les auteurs qui ont écrit sur la fièvre typhoïde, Chomel, M. Louis (t. II, p. 33), Simon (*Journal des connaiss. méd.-chir.*, 1844, p. 53); Sauvet (*Ann. méd.-psych.*, 1855) ; Leudet (*ibid.*, 1850); Thore (*ibid.*, 1850) ; Schlager (*Oester. Zeitschr. f. pract. Heilk.*, 1857) ; Tüngel (*Clinische Mittheil.*, Hamburg, 1860), etc., ont rapporté des faits de ce genre. — Jacobi attribue aux suites de la fièvre typhoïde 1/8e environ des cas de manie qu'il a observés ; il me paraît douteux cependant que la proportion soit réellement aussi considérable. Sur 500 aliénés, M. Schlager en a trouvé 22 chez qui la folie était consécutive à une fièvre typhoïde. — Je ne saurais me ranger à l'opinion qui rattache, dans ces cas, le développement de la folie à une hypérémie cérébrale consécutive à la fièvre typhoïde ; tout me semble démontrer au contraire qu'elle est due à un état d'anémie et d'épuisement lié parfois à un peu de fièvre ; exceptionnellement elle peut être déterminée par la présence de caillots sanguins dans les sinus de la dure-mère, peut-être par une inflammation de cette membrane, ou bien encore par une atrophie aiguë du cerveau (1).

(1) Outre les cas de folie survenues à la suite des fièvres typhoïdes, il convient, je crois, de rappeler ceux dans lesquels le délire qui complique la maladie prend un tel développement et revêt de tels caractères qu'il a pu être confondu avec la folie. Il y a longtemps que Georget a signalé ces erreurs de diagnostic. On envoie quelquefois à la Salpêtrière comme aliénées des malades atteintes de fièvre typhoïde. J'ai publié une observation de ce genre dans les *Annales médico-psychologiques* en 1843, et depuis vingt ans j'ai vu d'autres exemples semblables.

Quant à la folie qui succède à la fièvre typhoïde, elle consiste souvent uniquement

Depuis Sydenham, on a remarqué que dans certains cas il existait une relation manifeste entre la folie et la fièvre intermittente. Ici il y a également à distinguer entre ces deux affections un rapport différent suivant les cas. Dans un petit nombre de cas on voit, dans des pays où la fièvre intermittente est endémique, quelques individus présenter, au lieu de l'accès ordinaire de fièvre périodique, une affection cérébrale également intermittente, qui se manifeste par des accès réguliers de folie (tierces ou quartes) ; c'est ce que l'on nomme fièvre intermittente larvée. — Dans ces accès de folie intermittente, on retrouve ordinairement quelques-uns des phénomènes indiquant les divers stades de l'affection périodique, bâillements, frissons, chaleur, etc. C'est ce dernier stade qui s'accompagne le plus souvent d'une forte congestion du sang à la tête, allant parfois jusqu'à la manie. Ce n'est donc pas là une fièvre intermittente proprement dite, mais la cause endémique de l'affection périodique est aussi la cause de la folie. Les signes diagnostiques de cette folie intermittente sont d'abord l'endémicité de la fièvre, la périodicité du retour des accès, et surtout une grande augmentation de la chaleur thermométrique du corps pendant ces accès.

Obs. I. — Un jeune homme eut cinq accès de folie revenant tous les deux jours. L'accès commençait après un frisson à peine sensible, avec une sensation douloureuse indescriptible dans la région du cœur et des palpitations, état qui s'aggravait rapidement jusqu'à jeter le malade dans une anxiété extrême. Cette anxiété marquait le début du délire, dont le malade ne sortait qu'après avoir dormi profondément et avoir sué beaucoup. Il guérit promptement sous l'influence du traitement ordinaire de la fièvre intermittente. (Flemming, *Psychosen*, p. 87.)

Obs. II. — Un paysan robuste, âgé de trente ans, qui n'avait jamais eu de fièvre intermittente, mais qui habitait un des nombreux foyers d'endémie qui environnent Siegburg, fut pris tout à coup de manie, il croyait être le Christ, il prenait pour des sorciers toutes les personnes qui l'entouraient, il maltraitait ses maîtres, etc. Il avait la tête chaude,

dans quelques idées fixes qui, comme un fragment détaché d'un rêve, ont persisté à la suite du délire général. Tels sont les cas très curieux rapportés par M. Louis, tel est aussi un fait observé par moi chez un commis voyageur. Enfin tel est encore le cas d'un médecin des hôpitaux de Paris, qui m'a raconté qu'à la suite du typhus il avait conservé pendant plusieurs mois l'idée qu'il était devenu propriétaire d'une maison de campagne et d'un cheval blanc. Il parlait par moments de cette maison et de ce cheval imaginaires comme s'il les eût réellement possédés. Dans d'autres moments il reconnaissait son erreur. Ces délires partiels sont peu graves et guérissent très bien, mais ils offrent, à mon avis, un grand intérêt au point de vue de la physiologie pathologique.

(B.)

les yeux rouges, hagards, la langue blanche, l'épigastre gonflé, le pouls un peu précipité, mais sans fièvre, les pieds froids. Les applications de glace et de ventouses le calmèrent un peu, et pendant les deux jours suivants le malade paraissait avoir recouvré sa raison. Le quatrième jour, exactement à la même heure, la même série d'accidents se reproduisit. Il survint encore un troisième accès à type quarte également, mais plus faible que les deux premiers, il dura moins longtemps et fut suivi de sueur; tous ces symptômes disparurent sous l'influence du sulfate de quinine. Malgré l'emploi prolongé du quinquina, il revint au bout de cinq semaines un quatrième accès de folie périodique, puis un cinquième accès qui guérirent enfin d'une manière définitive par l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine. (Focke, *Journal allemand de psychiatrie*, t. V, p. 376.)

D'autres fois, la fièvre intermittente dure un temps variable avec ses caractères ordinaires, puis on voit apparaître, au lieu des paroxysmes de froid et de chaleur, comme par une sorte de ressaut brusque de la maladie, des paroxysmes de folie intermittente (accès de manie violente, de délire furieux, quelquefois aussi tentative de suicide); cet état affecte quelquefois le type rémittent, les accès reviennent pendant un temps plus ou moins long à des intervalles réguliers, et la folie devient chronique. — Enfin il y a une troisième série de faits, et c'est la plus nombreuse de toutes, dans laquelle la folie se développe consécutivement à la guérison de la fièvre intermittente, soit pendant la convalescence même, soit plusieurs mois après la cessation de la maladie. Ce sont principalement les fièvres intermittentes graves et de longue durée (les fièvres quartes surtout) qui amènent dans l'économie des lésions qui peuvent déterminer la folie (1).

Cette folie persiste souvent avec une marche uniforme, chronique, et l'on n'observe plus aucun des symptômes de la fièvre intermittente; ou bien l'on trouve encore quelques traces de la fièvre périodique, le foie et la rate sont tuméfiés, la cachexie paludéenne existe, et l'on voit apparaître

(1) C'est de cette troisième série de faits qu'il s'agit dans le travail que j'ai publié sur *la folie à la suite des fièvres intermittentes* (*Annales médico-psychologiques*, 1843). Dans les observations citées dans ce travail, la folie avait offert les caractères de la mélancolie avec stupeur. J'ai dû rappeler que ces observations n'étaient que la confirmation de l'opinion de Sydenham qui, en parlant de la folie à la suite des fièvres intermittentes, avait fait remarquer que cette folie dégénère en *stupidité*.

Je n'avais d'ailleurs d'autre but dans ce travail que de fixer l'attention sur ces cas de folie signalés par Sydenham et par Sebastian, et dont les manigraphes français n'avaient rien dit. Plusieurs observations ont été depuis lors publiées dans les *Annales médico-psychologiques*. (B.)

de temps à autre des paroxysmes irréguliers de fièvre intermittente, la folie persistant d'ailleurs. Quelquefois, dans ces cas, la folie cesse avec le retour d'une série aiguë d'accidents graves de la fièvre intermittente, mais aussi le sulfate de quinine triomphe plus ou moins rapidement de l'ensemble des symptômes et de la fièvre et de la folie.

Pour les faits de la troisième catégorie, il est certain que d'une part l'anémie cachectique qui succède si souvent à la fièvre intermittente, et d'autre part la mélanémie et le dépôt du pigment granuleux dans les vaisseaux cérébraux (voy. à ce sujet mon travail *Sur les maladies infectieuses ;* Virchow, *Pathologie,* t. II) jouent un rôle important dans la production de la folie ; c'est à cette dernière circonstance que me paraît devoir également être attribué le développement des symptômes cérébraux graves que l'on observe quelquefois dans la fièvre intermittente (coma, attaques apoplectiformes, etc.). Cependant il y a des cas où l'autopsie n'a pas révélé de pigmentation du cerveau (1).

Jacobi a rapporté trois cas dans lesquels, au lieu de la folie (chronique) qui existait, il est survenu des accès de fièvre intermittente, et avec ceux-ci la maladie a cessé (effet critique de la fièvre intermittente).

M. Koster, à Siegburg, a observé 24 cas d'aliénation mentale dans lesquels il est survenu des accès de fièvre intermittente ; 7 de ces aliénés ont guéri, 7 ont été améliorés ; chez les 10 autres, il n'y a eu aucun changement ; ces 10 derniers étaient pour la plupart des fous chroniques, incurables ; parmi ceux qui ont guéri ou qui se sont trouvés améliorés, il y en avait quelques-uns aussi sur qui l'on avait porté d'abord un pronostic très défavorable. — M. Gaye, à l'asile de Schleswig, a vu en trois ans 56 cas de fièvre intermittente chez des aliénés, mais « ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle a exercé une influence favorable sur la folie ».

Voyez Sébastian, *Considérations sur la mélancolie et la manie consécutives à la fièvre intermittente* (*Hufeland Journal*, 1823) ; Mongellaz, *Monographie des irritations intermittentes,* Paris, 1839 ; Lippich, *Beitraege zur Psychiatrie* (*Oester. Jahrb.*, juin 1842) ; Baillarger, *Sur la folie à la suite de la fièvre intermittente* (*Ann. méd.-psych.*, 1843) ; Focke, *Ueber typisches Irresein* (*Zeitsch. f. Psych.*, 1848) ; Koster, *Diss. Bonn*, 1848 ; *Rapport de l'asile des aliénés de Vienne*, 1858, p. 51.

On voit quelquefois des cas de folie aiguë à la suite du choléra asia-

(1) Hoffmann (*Günsburg Zeitschr.*, t. IV, p. 365), *Folie consécutive à une fièvre intermittente.* A l'autopsie, on trouva une atrophie du cerveau, « la couche corticale était pâle, plus pâle que les masses grises centrales. »

(*Note de l'auteur.*)

tique; tantôt c'est un délire passager, une perversion des instincts, une simple absence de l'esprit, tantôt un accès de manie, le plus souvent de courte durée (de quelques jours à plusieurs semaines) qui se termine par de l'affaissement et un état de somnolence; quelquefois aussi c'est un accès plus ou moins prolongé de mélancolie avec conceptions délirantes et un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Le pronostic est en général favorable, et il est rare que l'on envoie ces malades dans les asiles d'aliénés. Quelquefois ces individus, profondément affaiblis par la gravité de la maladie antérieure, succombent dans un accès de manie; quelquefois aussi la folie affecte une forme incurable.

Voy. Fischel, *Prager Viertelj.*, t. XXXII, 1853; Delasiauve, *Ann. méd.-psych.*, 1849; Neumann, *Lehrbuch d. Psych.*, 1859, p. 164.

Un fait très intéressant, c'est l'apparition de la folie dans le cours d'une pneumonie (c'est le plus souvent la manie aiguë); dans ces cas, la folie se développe rarement au début ou à l'apogée de la maladie, c'est généralement au moment où la fièvre tombe, ou pendant la convalescence même qu'elle apparaît. Il faut bien se garder de confondre ces cas de folie avec le délire ordinaire que l'on voit souvent apparaître dans les pneumonies graves. Le plus souvent la folie n'est que de courte durée; mais fréquemment aussi elle affecte dès le début un caractère de chronicité qui nécessite le placement des malades dans un asile. Il n'est pas rare de voir la folie survenir dans des cas de pneumonie même légère et peu étendue; dans ces cas, on observe parfois une prédisposition à la folie, résultant soit de l'hérédité, soit d'habitudes d'ivrognerie. Chez certains individus, la folie éclate si brusquement qu'il paraît invraisemblable d'admettre qu'elle soit due à une lésion anatomique du cerveau; elle semble bien plutôt être le résultat d'un état d'anémie aiguë de cet organe. Dans d'autres cas assez rares, la folie a une plus longue durée, elle se rapproche de la démence et se complique de quelques symptômes de paralysie musculaire; il est probable que, dans ces cas, il y a des caillots sanguins dans les sinus, des inflammations cérébrales ou méningées localisées, qui peuvent disparaître peu à peu, tantôt complétement, tantôt d'une façon incomplète.

On trouve dans Jacobi des faits intéressants de folie consécutive à la pneumonie (manie); M. Thore (*Ann. méd.-psych.*, 1844 et 1850) en a rapporté quelques faits intéressants; chez un de ces malades, deux pneumonies successives se sont accompagnées de folie. M. Snell (*Journal allemand de psych.*, XIII, 1856) rapporte un cas de manie consécutive à la pneumonie chez un enfant de neuf ans. — J'en ai vu deux cas dans le même hiver à la Clinique de Tubingue; dernièrement encore j'en ai observé un troisième cas à Zurich; sur ces trois malades, deux guérirent

assez promptement, le troisième est tombé dans un état de démence profonde.

Obs. III. — *Pneumonie; folie passagère lors de la chute de la fièvre.* — C.-G., vingt et un ans, vigoureux et robuste, fut pris subitement, le 26 février 1859, d'un violent frisson, de saignement de nez et de vertiges; le 28, on l'amena à la Clinique. Je constatai une pneumonie peu étendue du lobe inférieur droit, et un état typhoïde sérieux avec prostration et beaucoup de délire calme; la respiration était à 32-40, le pouls à 100-104, la température de 40°,3 à 41°. — Le troisième jour de la maladie, il survient de l'herpès labial. Le quatrième jour, la température, qui était à 40°,3, le matin, tombe le soir à 39°,2; le pouls à 92; le délire augmente, le malade a des absences d'esprit plus marquées. Le cinquième jour, on constate déjà une diminution notable des symptômes locaux; température à 38°, pouls à 66-72, parfois intermittent; la face est pâle, le malade ne sait pas où il est, il n'a pas souvenir des choses même les plus simples; il délire et bavarde constamment; il est très agité la nuit (morphine). Le lendemain matin, le malade a un peu de calme et de sommeil, la face est pâle, se contractant légèrement, par instants, la respiration lente, le pouls irrégulier à 60-66; température à 37°,3. — A partir de ce moment, le malade est sans fièvre; pendant deux jours il a encore du délire, des bourdonnements d'oreilles et du vertige, puis tout cela disparaît; le pouls, pendant ce temps, présentait encore une grande irrégularité; du huitième au dixième jour, il tombe à 56 et même 48. — Le treizième jour, la résolution de la pneumonie est complète, l'état mental parfait. — Ce fait ne saurait être considéré comme un simple délire fébrile; le trouble mental était très différent du délire que le malade a présenté dès les premiers jours; il est apparu lorsque la fièvre est tombée (1), lorsque la chaleur du corps a considérablement baissé, lorsque le pouls s'est ralenti et est devenu intermittent (on n'avait jusque-là donné d'autre médicament que du sel de nitre).

(*Observation de l'auteur.*)

Obs. IV. — *Pneumonie; manie; légère hémiplégie; affaiblissement consécutif de l'intelligence.* — J. H....., vingt-quatre ans, fut admis, le 21 janvier 1859 à ma clinique. Le père de cet homme est mort à cinquante-deux ans d'une affection chronique de la poitrine avec hydropisie; sa mère vivait encore au moment de son entrée à l'hôpital,

(1) M. Metzger (*Henle et Pfeifer Zeitschr.*, 1858) a vu quatre cas de manie passagère dans la pneumonie; mais dans ces cas la folie est survenue pendant la période la plus aiguë de la maladie, et me paraît avoir par conséquent une signification tout autre.

(*Note de l'auteur.*)

mais pendant que son fils était à la clinique, elle s'est suicidée. H..... a toujours eu une bonne santé; cinq ou six ans auparavant, il avait eu un accès de faiblesse avec perte de connaissance et roideur des membres; il n'a pas d'habitudes d'ivrognerie. Il y a trois ans, un arbre tomba sur lui, il perdit connaissance, mais revint bientôt à lui. Le 16 janvier, dans la journée, il fut pris subitement d'une pneumonie; on lui pratiqua une saignée; chez lui, il n'y a pas eu de délire; ce n'est que la veille de son entrée à la Clinique qu'il a commencé à déraisonner; pendant la nuit du 20 au 21, il avait été très loquace, très agité; enfin, pendant qu'on l'amenait à la Clinique, le 21, il recommença à délirer en route; il disait que la voiture brûlait, et, plus on approchait de la ville, plus son agitation augmentait. Lorsqu'il entra à la Clinique, il divaguait complétement; il avait les yeux hagards, étendant ses bras en avant, tenant un mouchoir de chaque main; quand on lui parlait, il ne répondait pas ou bien il déraisonnait complétement. Au bout de quelques heures, il reprit un peu de calme, et nous pûmes alors l'examiner. Le visage était plus rouge que pendant le délire, le pouls était plein, à 76; la pupille gauche était plus large que la droite, le côté gauche de la face ne présentait d'ailleurs aucune trace de paralysie. Il y avait une pneumonie modérément étendue du lobe inférieur droit; la matité était complète; les autres organes étaient sains; l'urine ne contenait ni albumine ni éléments bilieux; la température était à 38°,4. Le cinquième jour, rémission notable de la fièvre. Le lendemain, la température était, le matin, à 39°,7, et le soir elle montait à 40°,7; râle crépitant abondant à droite; la pneumonie ne s'est pas étendue. — Le pouls était le matin à 82, et le soir à 108; respiration à 36-44. Le malade est dans un état constant d'agitation violente; il demande à chaque instant une chose ou une autre, se met en colère, refuse tout ce qu'on lui offre et ne donne que rarement une réponse juste. Le soir, son état s'aggrave, il est en proie à un véritable accès de manie; on est obligé de le camisoler et de le mettre dans une cellule.

Le matin du 23, la température était retombée à 38 degrés, et le soir elle n'était plus que de 37°,8. La percussion donnait un son plus clair, le râle crépitant était moins abondant, le pouls était à 80-100; le malade délire encore, mais il est plus calme, ses réponses sont plus justes, il s'assoupit de temps en temps et paraît très abattu. Les jours suivants, pendant que la pneumonie se résout complétement et assez vite, le malade devient tout à fait fou, il se lève la nuit, court de tous côtés, ôte sa chemise, la remet, ne répond pas quand on l'interroge, ou bien il déraisonne complétement. Dans cet état, on ne peut constater le degré de température. Le pouls était lent, à 68, le visage pâle, les traits affaissés, la pupille gauche toujours plus dilatée que la droite, la moitié gauche de

la face légèrement paralysée ; pas de traces de paralysie dans les membres inférieurs (l'hypothèse la plus probable est qu'il existe un point d'encéphalite par suite de thrombose dans les sinus ?) — Le 26 au matin, le malade a passé presque toute la nuit debout, les membres inférieurs sont fortement œdématiés jusqu'à la moitié de la cuisse (thrombose des veines crurales ?). La température est moins élevée, le pouls est à 124, les battements du cœur sont forts. Le malade voit, entend et sent, mais il semble qu'il ne perçoive plus, qu'il n'élabore plus les impressions des sens ; son regard est étonné, il semble étranger à tout ce qui se passe autour de lui. (Infusion de séné, vésicatoire.)

Pendant les huit jours suivants, la température du corps s'abaissa progressivement et redevint tout à fait normale, l'œdème des membres inférieurs diminua ; il survint de temps à autre de la transpiration ; le pouls se maintint entre 64 et 80. Les symptômes locaux de la pneumonie avaient disparu entièrement. Le dérangement intellectuel persista, variant d'intensité. Tantôt le malade était dans un état de stupeur complète, tantôt il paraissait comprendre assez bien ce qu'on lui disait, il s'exprimait même d'une façon un peu plus cohérente ; tantôt, au contraire, il était très agité, voulait s'enfuir, etc. ; de temps à autre il avait des hallucinations, voyait des figures, entendait tirer des coups de fusil, etc. Il présentait l'aspect d'un individu en proie à une maladie grave du cerveau, ses yeux étaient fixes et injectés, le gauche un peu proéminent et légèrement dévié en dedans, la mydriase avait diminué. Pendant quelques jours la langue avait été déviée un peu à gauche. — Le malade se releva peu à peu, il chancelait en marchant, et, bien qu'il n'eût pas de paralysie des extrémités, on remarquait qu'il laissait un peu pendre le côté gauche de son corps. — Le malade resta à la Clinique jusqu'au 10 mai. A cette époque, il était constamment sans fièvre ; il était dans un état de démence moins profonde qu'au commencement. Dans les premiers temps, il était encore tout à fait stupide, la mémoire, l'attention étaient tout à fait nulles, il ne parlait presque pas, ou bien il parlait comme dans un rêve et jamais d'autre chose que de manger ; quelquefois il semblait être dans une anxiété extrême. L'état mental ne s'améliora que très lentement. Peu à peu il redevint propre ; de jour en jour ses réponses étaient plus justes, cependant elles étaient encore parfois tout à fait déraisonnables. Il resta longtemps timide et craintif, puis il reprit peu à peu un air un peu plus vif, un peu plus alerte. — Les symptômes de faiblesse qu'il présentait dans la moitié gauche du corps diminuèrent lentement aussi, et d'une façon incomplète, comme l'état mental s'améliorait lui-même lentement ; la pupille gauche resta, jusqu'au moment de la sortie du malade, plus dilatée que la droite ; la langue était encore un peu déviée à gauche ; le côté gauche du corps était encore un peu traînant pendant

la marche. Le malade se plaignait souvent de lassitude et de douleurs frontales ; il avait souvent aussi des épistaxis. — Un fait très remarquable, c'est que chez ce malade, au moment où la fièvre tomba, il survint une polyurie qui dura plusieurs semaines ; il rendait parfois jusqu'à 4 kilogrammes d'urine en vingt-quatre heures ; cette urine était pâle et avait un poids spécifique de 1006-1008 ; elle ne contenait pas de sucre ni d'inosite ; le malade ressentait parfois de légères douleurs dans la région des reins. Cette polyurie diminua peu à peu et disparut enfin pendant les dernières semaines avant la sortie. Enfin le malade quitta la Clinique le 10 mai, dans un assez bon état de santé ; il comprenait tout et parlait de tout, sinon comme il l'eût fait à l'état normal, du moins avec assez de justesse. — Il revint nous voir au bout de seize jours environ ; son état mental était le même qu'à la sortie.

(*Observation de l'auteur.*)

Le rhumatisme aigu détermine la folie dans une proportion à peu près égale à ce que nous avons vu pour la pneumonie ; mais il me paraît probable que la relation qui existe entre la folie et le rhumatisme diffère un peu. La folie n'est plus ici une maladie consécutive au rhumatisme, ce n'est pas un accident de la convalescence ; il semble qu'elle soit plutôt une forme de cette affection cérébrale si variable dans son aspect et dans son intensité qui s'observe si fréquemment dans le rhumatisme aigu soit simple, soit compliqué d'inflammation du cœur, affection cérébrale qui ne laisse après elle aucune lésion anatomique particulière, et que l'on a désignée sous le nom de *rhumatisme cérébral*. Les symptômes cérébraux aigus du rhumatisme consistent aussi quelquefois dans un délire aigu et une agitation maniaque qui tantôt se dissipent assez promptement, tantôt se terminent par la mort (dans d'autres cas, assez graves encore, c'est l'assoupissement qui domine). Quelquefois, et ces cas restent dans le cadre de la question qui nous occupe, sous l'influence de causes accessoires, on voit survenir un accès de mélancolie avec stupeur, ou de manie prolongée, ou d'affaiblissement intellectuel, etc. ; dans ces cas, il y a une véritable maladie mentale, qui parfois se complique d'accès de chorée. Dans ces formes mentales, comme dans les symptômes cérébraux aigus du rhumatisme, nous voyons souvent la maladie quitter les articulations alors que l'affection mentale apparaît ; quelquefois il y a des alternatives d'amélioration d'un côté et d'aggravation de l'autre ; parfois même la maladie disparaît entièrement d'un côté dès qu'elle reparaît de l'autre (1).

Obs. V. — *Rhumatisme aigu ; apparition de la folie lors de la suppression de la maladie articulaire ; amélioration lors du retour de*

(1) Voyez le travail de l'auteur *Sur les affections rhumatismales du cerveau* (*Arch. der Heilkunde*, t. III, 1860, p. 235).

la maladie dans les articulations; alternatives; guérison après environ trois mois de durée. — Une pauvre femme, âgée de cinquante ans, non mariée, vivant dans la misère, fut admise, le 10 mars 1857, à la Clinique de Tubingue. Voici les renseignements que l'on recueillit sur elle. A l'âge de vingt ans, à sa seconde couche, elle devint folle; elle guérit au bout de trois mois, et depuis cette époque elle eut une troisième couche qui se passa sans accident. Pendant ces dix dernières années, elle a toujours joui d'une bonne santé. Quatre à cinq semaines avant son admission, elle a été prise d'une maladie aiguë; c'étaient d'abord des douleurs de dents, avec de la fièvre; puis plusieurs articulations des membres supérieurs et inférieurs sont devenues le siége d'un gonflement douloureux; en un mot, elle a eu un rhumatisme aigu. Au bout de dix jours environ, la maladie quitta brusquement les articulations et la malade donna des signes d'aliénation mentale; elle déraisonnait tout à fait, ne comprenait plus rien, frappait autour d'elle, ne parlait plus ou bien elle était d'une loquacité extrême, elle courait partout la nuit en poussant des cris, déchirant ses effets, ou bien elle les mettait à l'envers, etc.; elle dormait et mangeait très peu, buvait beaucoup et de temps en temps, aux questions qu'on lui adressait elle répondait en disant que tout son corps lui faisait mal.

Au moment de son admission, la malade, qui était assez forte pour son âge, n'avait pas de fièvre, pas d'affection du cœur, elle ne souffrait dans aucune articulation. Elle présentait ce jour-là, comme aussi le lendemain, un état très manifeste de mélancolie avec stupeur (*melancholia attonita*); elle avait les yeux fixes, l'air profondément inquiet; elle était affaissée sur elle-même, paraissant constamment plongée dans un rêve, ne parlait que très rarement et d'une manière tout à fait insensée. Le deuxième jour après son admission (12 mars), elle fut agitée et parla presque toute la nuit; le matin, elle parlait le plus souvent en vers rimés, par exemple: « Dieu entend mes clameurs, il voit mes malheurs, il voit ma langueur, etc. »; pendant la visite, elle se met dans une colère furieuse, accusant les assistants d'avoir tué ses enfants : on est obligé de la mettre dans une cellule. — Le 14 mars, il y avait de l'œdème des membres inférieurs; la malade n'avait pas de fièvre, pouls calme, pas de selles, urine non albumineuse; la nuit est plus agitée que le jour, en raison des hallucinations lugubres qui tourmentent la malade. — Les jours suivants, l'œdème augmente aux jambes, il envahit même les mains; le 19, l'œdème persistait, et de plus, les articulations des doigts étaient gonflées, rouges, douloureuses à la pression (ce que l'on reconnaissait aux grimaces que faisait la malade), l'articulation tibio-tarsienne droite était surtout très douloureuse. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucune affection ni du cœur, ni des poumons; le pouls à 84 est plein,

la peau sèche et chaude ; la malade ne demande rien ; elle a eu une selle spontanée ; elle est couchée dans son lit, assez calme ; elle ne répond pas, le plus souvent, quand on l'interroge, ou bien elle répond lentement *oui* ou *non ;* sa physionomie indique une indifférence et une apathie profondes ; de temps à autre elle promène lentement ses regards sur les murs ou sur son lit et paraît rêver. — Le lendemain, la tuméfaction et la douleur avaient de nouveau abandonné presque complétement les articulations ; la malade était très agitée, très loquace, disait que ses enfants étaient dans la rue et qu'on allait leur couper la tête, etc. — Depuis ce moment (20 mars), la malade resta pendant plusieurs semaines dans un état qu'il est inutile de décrire jour par jour. Les douleurs articulaires n'atteignaient jamais une grande intensité, mais souvent il y avait une tuméfaction modérée et assez douloureuse de quelques articulations des doigts et des pieds, souvent la malade se plaignait de douleurs dans les membres et dans les articulations, de roideur dans tout le corps Elle gardait presque toujours le lit, mais elle n'avait pas de fièvre, le cœur était normal, l'urine n'était pas albumineuse ; l'appétit et le sommeil ne revinrent que très lentement. La malade avait de temps à autre des moments de grande agitation, de délire loquace ; cependant peu à peu son esprit devint plus lucide et plus raisonnable ; elle était un peu plus gaie, et petit à petit elle commença à s'occuper. Elle ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital. Vers le milieu d'avril, la malade pouvait être considérée comme complétement guérie de sa folie ; elle se plaignait encore assez souvent d'éprouver des tressaillements, un peu de vertige et des bourdonnements d'oreilles, et jusqu'au commencement de mai elle eut encore quelque peu de douleur et de gonflement dans quelques articulations ; mais tout cela disparut sous l'influence des bains. Le 12 mai, elle quitta la Clinique dans un état de guérison parfaite.

(*Observation de l'auteur.*)

Obs. VI. — Une dame très délicate, âgée de trente et quelques années, ayant toujours joui d'une bonne santé, perdit un peu ses forces à la suite de sa seconde couche, et ne se rétablit que lentement, après avoir eu du rhumatisme articulaire dans les membres supérieurs et inférieurs. Elle suivit un traitement hydrothérapique modifié, faisant des affusions froides sur les parties malades. Les douleurs et le gonflement disparurent assez vite. Mais bientôt elle commença à souffrir le long de la colonne vertébrale, elle éprouvait le besoin d'étendre et d'allonger ses membres, quelquefois même elle avait des mouvements convulsifs. Bientôt il survint en quelques jours un état de dépression mentale qui fit des progrès rapides et arriva bientôt à l'apathie, presque même à une insensibilité complète. La malade ne quittait plus le lit, elle ne pouvait plus

se remuer, ni s'habiller, ni manger ; elle était muette, indifférente, insouciante de tout ; bientôt enfin la mélancolie avec stupeur devint évidente. Cette mélancolie avait moins le caractère de la douleur morale que celui d'une insouciance complète, même pour les soins de simple propreté. Rien ne pouvait la tirer de cet état. La maladie se termina d'une manière favorable ; cette femme guérit sous l'influence des bains de malt, additionnés de sel marin, d'un séton au cou, de vésicatoires volants appliqués dans le dos, de l'aconit uni au gaïac et plus tard des bains de mer. (Flemming, *Psychosen*, p. 88.)

En outre de ces cas de folie consécutive à la fièvre typhoïde et à la pneumonie, on observe quelquefois aussi (mais cela est assez rare) l'explosion brusque de la folie à la suite de la variole, de la rougeole, de l'érysipèle et même d'angines aiguës ; l'anémie du cerveau, peut-être aussi la thrombose des sinus doivent jouer un grand rôle dans la production de tous ces désordres de l'intelligence.

§ 106. — 3° Souvent les maladies constitutionnelles chroniques sont la cause du développement de la folie. Au premier rang parmi ces maladies il faut placer tous les états d'épuisement et d'anémie consécutifs à une perte considérable de sang (dans l'accouchement, par exemple), à la misère et à la faim, à des jeûnes exagérés (ascétisme des temps passés), à l'allaitement trop prolongé, ou enfin à différentes maladies générales et locales qui amènent une grande perturbation dans la digestion, l'hématose et la nutrition. De même, l'anémie joue un rôle important dans la production d'une foule d'autres névroses, et nous voyons encore, dans les limites physiologiques, combien les individus chez qui la nutrition est en souffrance, sont facilement sujets à un état d'irritation dans les fonctions du système nerveux, perdent plus ou moins le sommeil, etc. Parmi toutes les causes purement physiques, je crois que c'est à ces états si divers d'anémie qu'il convient peut-être de rapporter la plus grande part dans la production de la folie ; ce qui me confirme dans cette idée, c'est que dans la grande majorité des cas un régime réparateur et nourrissant produit les meilleurs effets, et qu'au contraire une mauvaise nourriture et la misère aggravent l'état des malades. Il est évident que l'ancienne médecine était dans les mêmes idées quand elle parlait de la « nature asthénique » d'une foule de maladies mentales.

C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger, comme nous l'avons déjà fait observer, les cas de folie consécutive aux maladies aiguës ; il en est de même de beaucoup de cas de folie hystérique ; quelquefois aussi les bizarreries et les caprices des individus profondément chlorotiques se transforment peu à peu en folie véritable. — Du reste, il n'est pas certain du tout qu'on doive admettre que dans tous ces cas l'anémie du cerveau soit la cause déterminante immédiate de la folie ; l'anémie générale peut

être accompagnée de congestion passagère, peut-être même persistante du cerveau; ces états de congestion passagère ne sont pas rares dans les cas de grande surexcitation nerveuse et morale.

La syphilis constitutionnelle ne détermine peut-être la folie pas autrement que par les maladies organiques consécutives aux troubles de nutrition qu'elle amène dans le crâne, dans le cerveau et dans ses membranes; mais déjà sous ce rapport elle mérite une considération très sérieuse. Ces affections sont des périostites accompagnées d'une inflammation légère de la dure-mère et des autres membranes cérébrales, la méningite et l'encéphalite chronique grave; on a trouvé aussi des exostoses volumineuses de la base du crâne chez les déments paralytiques. Douleurs de tête prolongées, avec des exacerbations nocturnes, affections des os du nez, dépôts tophacés à la surface externe du crâne, enfin les signes bien connus de la syphilis constitutionnelle sur d'autres points du corps, tels sont les principaux éléments du diagnostic.

Voyez le travail de l'auteur, *Considérations sur le diagnostic des maladies du cerveau* (*Arch. der Heilkunde*, 1860), dans lequel se trouve consigné un fait rare de méningite syphilitique vraie avec démence. — Dernièrement on a émis l'idée que tous les cas de paralysie générale des aliénés doivent être attribués à la syphilis : c'est là une hypothèse très invraisemblable, mais qui peut-être cependant a cela de bon qu'elle a appelé dans ces derniers temps l'attention des médecins sur cette circonstance étiologique importante dont on ne tenait peut-être pas assez compte jadis.

La cachexie tuberculeuse paraît également être quelquefois la cause du développement de l'aliénation mentale (1). — Il arrive quelquefois encore que l'on considère comme aliénés et que l'on envoie comme tels dans les asiles des individus chez qui une maladie tuberculeuse développée dans l'intérieur du crâne, détermine quelques troubles intellectuels (ordinairement accompagnés de lésions variables du mouvement, souvent de vomissements, etc.), méningite, encéphalite tuberculeuse, ou bien encore des cas légers de méningite de la base, à marche un peu lente. Ainsi donc les cas de folie récente, qui s'accompagnent de contracture du cou et dans lesquels l'examen fait reconnaître l'existence de tubercules pulmonaires ou même seulement des traces probables de tubercules antérieurs et cicatrisés, ces cas, dis-je, méritent sous ce rapport la considération la plus sérieuse. Tous ces cas se terminent en peu de temps par la mort. — Mais ordinairement la tuberculisation et la folie ont entre

(1) Quant à l'apparition de la phthisie dans les asiles, chez des sujets déjà aliénés, nous en parlerons plus loin, dans le livre IV.

(*Note de l'auteur.*)

elles une autre liaison, et la folie se présente sous une de ses formes chroniques ordinaires. Quelquefois des troubles intellectuels apparaissent au début ou dans les premières périodes de la phthisie pulmonaire, qui souvent n'est pas encore constatée et qui même plus tard ne se manifeste pour l'observateur peu attentif et dont l'attention se porte tout entière sur les phénomènes de l'aliénation, que par l'augmentation du marasme et l'apparition de la fièvre hectique. Il y a un intérêt tout particulier dans ces cas où l'on voit avec les symptômes d'une congestion de la tête éclater un accès de mélancolie ou de manie chez des individus qui jusque-là n'avaient pas présenté des signes tout à fait certains de phthisie pulmonaire, mais chez qui, peu de temps après l'invasion de la folie, la phthisie se développe d'une manière évidente, et chez qui alors l'intelligence devient plus nette et plus libre, et quelquefois même la maladie mentale diminue ou disparaît complétement à mesure que l'affection pulmonaire marche. Le plus souvent, chez ces individus dont la folie s'est ainsi guérie, la phthisie se termine rapidement par la mort; cependant on la voit aussi quelquefois s'arrêter complétement dans ses progrès (guérison). — Par quel mécanisme la maladie mentale se produit-elle dans ces cas? Cela est difficile à expliquer. — Mais il est d'autres cas encore où la folie n'apparaît qu'à une période plus avancée de la phthisie confirmée, sous forme de mélancolie ou plus souvent sous forme d'accès maniaques; quelquefois ces accès de manie ne se montrent que peu de temps avant la mort. Dans les cas de folie à marche plutôt chronique, il arrive parfois que, avec l'explosion de la folie, les principaux symptômes de la phthisie, la toux, les crachats, etc., diminuent, et même la nutrition se relève un peu.

On a dit, mais cela n'a pas été confirmé, que la folie qui accompagne la phthisie ou qui se développe sous l'influence de cette affection, se présente avec un caractère particulier; Jacobi lui attribuait un caractère de caprices incessants, passant d'un extrême à l'autre; M. Neumann admet que dès le début il y a chez ces individus de la dépression, ils sont absorbés en eux-mêmes, très irritables, mécontents, extrêmement susceptibles, bourrus, toujours prêts à dire des injures, et que plus tard, au contraire, ils sont dans des dispositions plus douces; mais ce sont là des caractères bien inconstants. Pour établir le diagnostic, les signes physiques, une prédisposition héréditaire, les commémoratifs, etc., peuvent seuls servir.

Dans un fait que j'ai été à même d'observer sur un phthisique au dernier degré, la maladie cérébrale grave et les symptômes très marqués d'aliénation mentale auxquels elle donnait lieu, provenaient de caillots sanguins volumineux dans les sinus (voy. *Considérations sur le diagnostic des maladies du cerveau*, p. 84). — La folie chronique qui se déve-

loppe de la manière que nous avons exposée plus haut chez les phthisiques, sans qu'il y ait d'altération organique palpable du cerveau, me paraît plutôt tenir à l'état général morbide de la constitution, qui amène chez les sujets prédisposés une très grande irritabilité nerveuse, peut-être aussi à des troubles de la circulation intra-crânienne.

De même, la *folie pellagreuse* que l'on trouve surtout dans l'Italie supérieure et aussi, d'après des observations récentes dans certaines contrées de la France (Rennes, Angers, etc.), paraît tenir à une maladie constitutionnelle, dont les causes propres sont encore inconnues, mais qui se manifeste particulièrement par un exanthême érythémateux, par de la diarrhée chronique, de l'anémie et le marasme.

Il est peut-être permis de douter de la nature spécifique de la pellagre ; mais je crois, d'après les notions peu approfondies que j'ai pu acquérir dans les asiles d'aliénés de l'Italie supérieure, devoir m'abstenir d'une discussion sur ce sujet. D'après M. Clerici (1855), la folie pellagreuse consiste principalement en un « délire vague, incohérent, accompagné de stupeur, de perte de la mémoire et de loquacité, sans trouble spécial de l'intelligence, sans surexcitation violente »; cependant l'état mélancolique qui prédomine longtemps se transforme toujours de plus en plus en un engourdissement de toutes les forces intellectuelles, avec un affaiblissement musculaire qui offre beaucoup d'analogie avec la paralysie générale (1).

Quant à la production de la folie sous l'influence spéciale de la goutte, nous ne savons rien de positif à cet égard. — La cholémie paraît avoir

(1) Il y a deux questions très distinctes quant aux rapports de la paralysie générale et de la pellagre.

Il est certain que cette dernière maladie, de même qu'elle provoque la manie, la mélancolie, la démence, provoque aussi la paralysie générale avec délire ambitieux. Les observations que j'ai recueillies en Lombardie ne me paraissent laisser aucun doute à cet égard.

Mais, en dehors de ces cas, il en est d'autres dans lesquels les symptômes et les lésions offrent certaines différences. Après un temps plus ou moins long, le pellagreux aliéné peut présenter un affaiblissement général des mouvements avec tremblement des membres, et tomber dans un état de marasme qui le conduit à la mort. Ces cas offrent-ils réellement, comme le dit M. Griesinger, beaucoup d'analogie avec la paralysie générale? Cela ne me paraît pas douteux, si l'on veut les comparer à certaines observations de paralysie générale avec démence simple, dans lesquelles on ne signale d'autre lésion qu'une atrophie générale du cerveau avec épanchement séreux plus ou moins abondant. Dans les deux cas, il y a démence, affaiblissement général, tremblement des membres, marasme lent. La science est d'ailleurs trop peu avancée pour qu'on ose affirmer que l'atrophie du cerveau avec épanchement séreux des pellagreux diffère de celle des paralytiques de nos asiles, de ceux, par exemple, dont le cerveau a été trouvé sain, etc.

une influence considérable sur la disposition de l'humeur et du caractère, et nous voyons l'ictère aigu grave s'accompagner souvent d'un délire intense sans qu'il y ait d'altération cérébrale; mais pour ce qui est de l'influence des états de cholémie sur le développement de la folie chronique, il n'y a pas d'observations qui la démontrent d'une manière bien précise.

§ 107. — 4° Parmi les maladies locales chroniques des divers organes, on doit toujours attribuer aux affections du cœur une certaine influence, bien que cette circonstance ne paraisse pas agir avec une fréquence spéciale. Dans l'ancienne littérature psychiatrique, cette influence des maladies du cœur a été évidemment beaucoup exagérée (*Nasse*, 1818, etc.). L'observation démontre que dans les asiles d'aliénés, en Allemagne, il est loin d'y avoir beaucoup d'individus atteints de ces lésions ordinaires du cœur, insuffisances, rétrécissements, etc., comme il s'en produit par exemple sous l'influence du rhumatisme aigu. S'il y a quelques exceptions, elles ne sont plutôt qu'apparentes. Dans les communications très intéressantes sur les autopsies pratiquées par M. Voppel à l'asile de Colditz (1), par exemple, les maladies du cœur sont notées dans une

(Voir es remarquables observations publiées, entre autres, par M. Calmeil et M. Lélut.)

La même question se présente pour l'analogie de la paralysie générale des vieillards et des adultes. Au point de vue anatomique, si on ne prend que les cas où les adhérences des membranes à la couche corticale n'existent sur aucun point, où ces membranes, épaissies ou non, mais très infiltrées, s'enlèvent facilement sur toutes les circonvolutions, il sera impossible de distinguer la paralysie générale des vieillards de celle des adultes.

Il en est de même pour la paralysie générale des pellagreux.

Peut-être la science parviendra-t-elle à démontrer plus tard des différences essentielles, mais jusqu'ici ces différences ne sont pas connues.

Quant à celles qu'offrent les symptômes, elles sont assez grandes, si on compare la paralysie générale des adultes accompagnée de manie ambitieuse, à celle des vieillards et des pellagreux; mais ces différences s'atténuent beaucoup, quand on choisit certains cas de paralysie générale des adultes avec démence simple.

On peut donc trouver ici des faits qui se rapprochent, mais plus encore des observations qui semblent séparées par des traits très tranchés. L'étude de ces questions me paraît encore très peu avancée, et il importerait de recueillir de nouveaux faits. (B.)

(1) Dans un de ces rapports, sur 75 autopsies il y avait 12 cas d'affections du cœur (16 pour 100); dans un autre (*Journal allemand de Psych.*, t. XII, 1855), il y avait, dans 3/5es des autopsies, des affections légères des valvules; mais, dans 1/35e seulement, des lésions considérables du cœur; un troisième (*Günzburg Zeitschr.*, 1856, t. VII) donne aussi une proportion assez forte.

(*Note de l'auteur.*)

assez grande proportion ; mais parmi ces morts, il y avait un très grand nombre de malades très âgés, qui avaient passé de longues années dans cet asile, et dans ce travail on a noté avec beaucoup d'exactitude même les plus petites altérations du cœur ; il peut se faire que quelques-unes, même parmi les plus graves, remontaient à une époque ancienne et avaient exercé une influence sur le développement de la folie, mais pour le plus grand nombre on peut certainement admettre qu'elles ne se sont développées qu'à une époque où la folie existait déjà.

Les mêmes remarques s'adressent aux résultats auxquels est arrivé M. Tyermann, qui, à l'asile de Colney-Hatch, a trouvé sur un septième des aliénées (femmes) des lésions du cœur ou des valvules. — Beaucoup d'individus qui sont atteints de maladie du cœur ont, il est vrai, une irritabilité toute spéciale du caractère, mais il ne faut pas conclure de là que les maladies du cœur ont sur le développement de la folie une plus grande influence que les faits ne la démontrent en réalité. — Le diagnostic des affections du cœur chez les aliénés pendant la vie est rendu très difficile par ce fait que, dans les états d'excitation, on entend très souvent dans le cœur des bruits anormaux, surtout au niveau des valvules aortiques, sans que pour cela il y ait des lésions valvulaires (*Rapport sur l'asile de Vienne*, 1858, p. 58). — Relativement à la fréquence des maladies du cœur, voyez encore la statistique rapportée plus loin, livre IV.

Les maladies des artères, que l'on désigne sous le nom d'*artérite chronique* (sclérose, dégénérescence graisseuse, athérome, encroûtement calcaire), ont une influence plus considérable sur la folie, et même une partie de l'action que l'on attribue aux maladies du cœur doit être rapportée aux lésions artérielles qui accompagnent fréquemment ces maladies. Ces affections des artères amènent des troubles très variables de la circulation, anémie locale par suite du rétrécissement progressif du calibre de l'artère, de l'encéphalite, et probablement aussi des troubles divers de la nutrition de la substance cérébrale que nous ne connaissons pas encore dans tous leurs détails. Du reste, le marasme général et la vieillesse précoce qui est souvent le résultat d'un degré considérable de dégénérescence graisseuse de toutes les artères du corps, contribuent puissamment aussi au développement des troubles intellectuels. On trouve fréquemment chez les aliénés la dégénérescence graisseuse des artères cérébrales, et, bien que les gros vaisseaux ne soient pas considérablement altérés, il peut se faire cependant que les petites divisions vasculaires soient profondément dégénérées. Toutefois on ne peut donner une statistique des maladies des artères du cerveau.

Parmi les maladies pulmonaires, il faut peut-être encore attribuer à l'emphysème une certaine influence pathogénique; il m'a paru, dans quelques cas, que le sentiment d'anxiété et la mélancolie étaient liés à

l'oppression que cette maladie du poumon peut déterminer; cependant, en présence de l'énorme fréquence de l'emphysème, on ne peut pas rapporter à cette affection une très grande influence, car elle ne se traduit que très rarement par la folie, et même il pourrait se faire que l'emphysème ne fût ici qu'un symptôme partiel d'un marasme général et que ce dernier fût l'élément important de la production de la folie.

Pour ce qui est des maladies de l'abdomen, on ne saurait nier qu'elles peuvent donner naissance à la folie; seulement ces diagnostics vagues qu'établissait l'ancienne médecine, de trouble des nerfs abdominaux, de stase dans le système de la veine porte, d'infarctus, de dérangements hémorrhoïdaux, etc., ne nous apprennent pas grand'chose. Il faut se garder de conclure à ces états morbides dont la pathologie positive ne sait absolument rien, par cela seul qu'il existe des troubles modérés de la digestion et de la défécation, des sensations produites par le séjour prolongé des matières intestinales dans le côlon, une coloration foncée des fèces, etc. On ne nie pas que les maladies du foie peuvent gêner la circulation, et qu'aussi des dérangements légers de la digestion ne soient parfois les intermédiaires d'états pathologiques au moyen desquels l'influence fâcheuse des causes morales réagit secondairement sur le cerveau, et l'on peut admettre avec Broussais et les partisans allemands de la théorie de l'infarctus que certains dérangements intestinaux (1), en particulier le catarrhe de l'intestin, peuvent être, dans certains cas, le point de départ de la maladie cérébrale, et par conséquent fournir des indications précieuses pour la thérapeutique. Seulement il faut, d'un côté, établir d'une manière bien exacte la séparation entre les troubles intestinaux qui surviennent comme conséquence d'une maladie cérébrale préexistante et celles qui sont la cause réelle de cette maladie, et, d'un autre côté (et c'est là un fait capital), insister sur les caractères anatomiques précis et sur le diagnostic exact de ces maladies chroniques. Les différentes maladies organiques du foie, de la rate, du pancréas, de l'intestin grêle et du gros intestin ne doivent pas être rangées indistinctement parmi les affections bilieuses, il faut se rappeler que, tant que dans chaque cas en particulier le diagnostic anatomique n'a pas été fait d'une manière exacte, on n'a pas de bases certaines pour établir la valeur réelle des circonstances étiologiques et pour

(1) Willis rapporte le fait remarquable d'une jeune dame dont la santé avait profondément souffert par suite d'un chagrin violent et prolongé; après avoir mangé de la pâtisserie très indigeste, elle fut prise tout à coup d'une sensation de chaleur brûlante dans la région du cœur, elle croyait que la partie supérieure de son corps était dans les flammes, elle courait dans les rues, elle se figurait qu'elle était impie et qu'elle était plongée dans les flammes de l'enfer; ces idées lui revenaient toujours dès que la sensation de brûlure se faisait sentir, etc. (Jacobi, *loc. cit.*, p. 667.) (*Note de l'auteur.*)

asseoir une thérapeutique rationnelle ; il ne faut pas attribuer, même aux états pathologiques du canal intestinal appréciables, mais légers, aux hémorrhoïdes, par exemple, une signification exagérée, qui n'a d'autre résultat que de faire négliger d'autres circonstances beaucoup plus importantes. Pour ce qui est de la statistique des cas où l'on a trouvé à l'autopsie chez des aliénés des altérations des viscères abdominaux, nous renvoyons à la littérature surtout ancienne à ce sujet (par exemple au travail de Buzorini et à la série de dissertations soutenues à Bonn sous la présidence de Nasse), rappelant encore une fois qu'il ne suffit pas de la simple coïncidence de ces maladies avec la folie pour que l'on puisse considérer ces altérations comme des causes de folie, si le mécanisme de leur action réciproque ne nous est pas démontré.

Le récit des faits dans lesquels la folie, déterminée par la présence de vers et surtout du ténia dans l'intestin, aurait été guérie par le seul fait de l'expulsion de ces entozoaires, serait très intéressant et aurait, au point de vue pratique, une très grande valeur, si ces observations pouvaient mieux supporter une critique sérieuse. Quelques-uns de ces faits paraissent entièrement apocryphes ; dans d'autres, il semble qu'il se soit agi plutôt d'une surexcitation nerveuse entretenue par l'anémie, que d'une folie véritable, la nutrition s'étant améliorée et les fonctions du système nerveux s'étant régularisées après l'expulsion des parasites.

C'est ainsi qu'il faut envisager, suivant moi, le fait cité par M. Morel (*Études cliniques*, t. I, p. 293). — Esquirol en a aussi observé deux cas. D'autres faits ont été rapportés par MM. Girardin, Ferrus (*Acad. de méd.*, septembre 1834), et Wood (*Lancet*, janvier 1851), etc. On aurait même vu la démence congénitale guérir après l'évacuation de vers intestinaux !

Les maladies des reins et les diverses anomalies que nous connaissons jusqu'à présent de la sécrétion urinaire ne paraissent pas avoir une grande importance dans l'étiologie des maladies mentales. Il peut bien y avoir quelques cas où la folie avait probablement une certaine relation avec une maladie des reins ; mais ces faits doivent être très rares, et il est impossible de les généraliser. Personne ne rangera les symptômes cérébraux de la maladie de Bright parmi les maladies mentales ; cette affection, à laquelle on pourrait attribuer une relation étiologique quelconque avec la folie est rare chez les aliénés, bien que l'on trouve dans les asiles, chez les paralytiques, chez les sujets qui sont morts de maladies de consomption, etc., aussi fréquemment qu'ailleurs, des affections plus ou moins graves des reins, comme on en voit chez les individus qui meurent dans le marasme.

M. Neumann a rapporté (*Psychiatrie*, p. 163) un cas de folie chez un diabétique. — Dans la maladie d'Addison, il y a généralement une

grande dépression des sentiments, mais pour des cas de folie proprement dite, je n'en connais pas.

Il est au moins très problématique que les maladies de la peau aient une influence pathogénique sur les affections mentales. On a publié jadis des faits de folie consécutive à la brusque guérison d'exanthèmes ou d'ulcérations de la peau, mais ces faits aujourd'hui sont regardés avec raison comme très douteux. — Dans quelques cas, la paralysie générale a débuté par un érysipèle de la tête, mais il n'est pas certain que cet exanthème ait eu une relation véritable avec la maladie qui lui a succédé (1).

§ 108. — Au contraire, certaines maladies des organes génitaux et, en général, les influences pathologiques qui ont leur point de départ dans ces organes, ont dans les deux sexes une action considérable sur la production de la folie. — A l'époque du développement sexuel, surtout lorsque celui-ci ne s'accomplit pas d'une manière régulière, on voit souvent apparaître la folie, qui présente encore les caractères principaux de la folie infantile; il n'est pas rare qu'elle se complique d'accidents épileptiformes ou choréiques ou d'un état de somnambulisme, de mélancolie capricieuse, ou d'accès d'anxiété avec manie.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit des cas où l'on doit regarder la non-satisfaction des fonctions génitales et l'abstinence comme étant la cause principale de la folie; mais il n'est pas rare, surtout chez les femmes, que cette circonstance ait une certaine part d'influence sur la production de l'aliénation, et généralement alors elle donne un certain cachet à la folie qui éclate sous l'influence d'une autre cause quelconque; le penchant longtemps réprimé se manifeste alors ordinairement sous forme de délire amoureux et sexuel, tantôt simplement idéal, tantôt ouvertement sensuel.

Dans le sexe masculin, tous les troubles des fonctions génitales que l'on comprend sous le nom de pertes séminales involontaires, de pollutions diurnes, etc., ont une importance considérable. Ces anomalies, dans lesquelles évidemment la perte de liqueur séminale n'est que rarement le fait capital, dépendent souvent, ainsi que l'a démontré Lallemand, de maladies locales de la muqueuse uréthrale, des vésicules séminales, etc.;

(1) En 1849, j'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques*, une *Note sur l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale.* Dans cette note, je ne rapportais que trois observations; mais depuis lors j'en ai recueilli trois ou quatre autres. Ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que la paralysie générale ne débute souvent qu'assez longtemps, plusieurs mois, ou même une année après la disparition de l'érysipèle; mais, dans tous ces cas, celui-ci avait laissé à sa suite une céphalalgie persistante plus ou moins forte. C'est donc seulement lorsque cette céphalalgie succède à un érysipèle du cuir chevelu qu'on pourrait craindre l'invasion de la paralysie générale. (B.)

dans d'autres cas, elles proviennent plutôt du système nerveux ; ordinairement elles sont précédées pendant un temps assez long d'une grande surexcitation sexuelle (pollutions exagérées) qui est moins la cause de ces anomalies, qu'elle n'est un symptôme de l'existence d'une irritation considérable de ces parties ; une fois qu'elles sont établies, ces anomalies se manifestent par une suppression plus ou moins complète des désirs sexuels, par une grande diminution de l'érection, par l'impuissance, liées à tous les dérangements possibles du côté de la sensibilité et du moral qui tantôt constituent la véritable hystérie de l'homme, et tantôt représentent un état d'hypochondrie profonde.

Il y a déjà bien des années que, poussé à cela par le travail de Lallemand (1), j'ai, chez un certain nombre d'aliénés, dirigé mon attention sur ce point : recherche très délicate, parce que les malades sont ordinairement très méfiants à ce sujet, que leurs déclarations à cet égard ne sont pas toujours admissibles, et qu'il faut avoir bien soin de ne pas trop appeler leur attention de ce côté. Chez un seul malade j'ai pu constater, à l'aide du microscope, une pollution diurne manifeste (produite pendant la défécation) ; mais je me suis assuré que, dans un nombre de cas beaucoup plus grand que je ne le supposais, une diminution, généralement très sensible pour le malade, des sensations sexuelles et des désirs vénériens, avait précédé la folie pendant un temps assez long ; dans ces cas, il n'était presque jamais possible de distinguer d'une manière exacte si ces phénomènes étaient le résultat d'excès ou d'abus sexuels antérieurs, ou bien d'émotions vives qui avaient elles-mêmes concouru à produire la folie, s'ils étaient les premiers symptômes de la période mélancolique même, ou s'ils provenaient d'une maladie locale des organes génitaux. Dans deux cas où cette dernière circonstance semblait très manifeste, j'ai recouru, ainsi que le conseille Lallemand, à la cautérisation de la partie prostatique de l'urèthre ; chez un de ces malades, la cautérisation n'a eu aucune influence appréciable sur la folie ; chez l'autre, elle eut pour résultat de faire disparaître diverses sensations pénibles que le malade se plaignait d'éprouver dans les organes génitaux sans amener un prompt changement dans son état mental (2).

M. Lisle a rapporté (*Acad. de méd.*, 1851) un certain nombre d'observations dans lesquelles la maladie mentale paraissait liée à une spermatorrhée. Les phénomènes suivants caractériseraient spécialement,

(1) *Des pertes séminales involontaires*, t. III, p. 127-200.

(2) Cooper rapporte le fait d'un malade chez qui il put extraire, à l'aide d'une opération, une quantité considérable de calculs prostatiques dont la présence avait déterminé non-seulement de la douleur, mais encore une surexcitation persistante du caractère allant jusqu'à la monomanie agitée.

(*Note de l'auteur.*)

d'après cet auteur, cette forme de folie : une foule d'états de malaise physique irrégulier dans ses manifestations, chronique, tout particulier, perversion mélancolique, tendance au suicide, affaiblissement de l'intelligence et surtout des sentiments et de la volonté, hésitations perpétuelles, etc., sensibilité exagérée, méfiance, tendance à se croire toujours l'objet de railleries et de moqueries (1). L'examen microscopique peut seul confirmer le diagnostic ; tout ce que l'on peut faire est inutile tant que la spermatorrhée persiste ; dès que celle-ci disparaît, la maladie mentale guérit le plus souvent très vite.

Chez les femmes, la menstruation et tous les dérangements qu'elle peut présenter exercent une influence considérable sur le développement et sur la marche de la folie. — Les cas les plus simples, mais aussi les plus rares, sont ceux dans lesquels, chez des personnes qui avaient joui jusque-là d'une bonne santé, il survient après une cessation ou une suppression brusque des règles une violente hypérémie cérébrale aiguë, et il apparaît aussitôt des phénomènes d'aliénation mentale ; le plus souvent c'est la manie accompagnée d'une vive congestion de la tête. — Beaucoup plus souvent, il est vrai, un arrêt des règles précède la folie, mais il n'a pas avec celle-ci une relation aussi directe ; l'aliénation doit plutôt être considérée comme le résultat d'une dépression persistante des sentiments, comme un phénomène partiel d'un état d'anémie, ou d'une autre maladie chronique, ou en général d'une lésion de la constitution, toutes circonstances qui sont par elles-mêmes des causes de folie bien plus importantes que la ménostasie. — D'un autre côté, un écoulement trop abondant des règles, produisant l'anémie ou une mauvaise nutrition générale, peut déterminer la folie, comme aussi toute autre névrose. — Mais souvent les irrégularités de la menstruation ne se montrent qu'après le début de la folie, aussi bien qu'elles peuvent

(1) Les pertes séminales entretiennent, chez les sujets qui en sont atteints, un sentiment de malaise, d'impuissance, de découragement, qui explique comment ils tombent souvent dans l'hypochondrie et la mélancolie suicide. Dans ce moment même, je donne des soins à un jeune homme qui, dans ces conditions, en est venu à remettre tout ce qu'il doit faire *au temps où il sera dans de meilleures conditions de santé*, bien que l'intelligence et les forces soient conservées. Ce sentiment de découragement est si grand que le malade ne veut même plus changer de vêtements. Il ajourne tout et se réduit ainsi à l'inaction la plus fâcheuse. Ce malade est aussi poursuivi par la crainte d'*oublier quelque chose*, et il ne peut quitter une chambre sans chercher partout, sous les meubles, sous les livres, sous les papiers ; il soulève tout, examine tout. Cette *manie*, dont il rougit et qu'il reconnaît bien comme déraisonnable, il ne peut cependant s'en corriger, pas plus qu'il ne peut se décider à agir, remettant tout à une époque où il sera dans de meilleures conditions de santé. (B.)

apparaître dans toute autre maladie chronique, et l'on est souvent à même d'observer que lors de la guérison de la folie, celle-ci ne suit pas le retour de la menstruation, c'est au contraire l'apparition des règles qui est consécutive à la guérison déjà accomplie de la maladie cérébrale. — Lorsque la menstruation persiste pendant la folie (et souvent elle persiste sans présenter le moindre dérangement), il n'est pas rare d'observer au retour de chaque époque une augmentation notable de l'agitation, une exagération générale de la folie. Dans quelques cas assez rares, on a même observé une folie simplement périodique pendant la menstruation, avec un intervalle complétement lucide de plusieurs semaines.

On voit déjà souvent apparaître à l'époque de la première menstruation, outre des maux de tête et une foule d'affections nerveuses diverses, certains changements du caractère et des sentiments qui peuvent aller jusqu'au délire et à la manie; cette dernière est la plus fréquente, ou bien aussi on voit apparaître d'autres formes mentales (par exemple mélancolie avec stupeur, suicide), dans lesquelles la menstruation reste longtemps retardée ou même n'apparaît jamais; quelques cas de ce genre dégénèrent en folie systématisée ou en démence incurable. — On sait que la plupart des femmes pendant leurs règles présentent une sensibilité très grande, elles sont maussades, moroses, leur système nerveux est facilement irritable; toutes les causes morbides et en particulier les causes morales agissent à cette époque d'une façon beaucoup plus intense, et chez quelques femmes qui pendant l'intervalle des règles jouissent d'une santé parfaite, on voit parfois survenir à l'époque menstruelle une perversion des sentiments qui frise l'aliénation, une tristesse presque morbide, de l'hypochondrie, ou une humeur extrêmement capricieuse. Chez beaucoup d'aliénées aussi la maladie mentale s'exagère à cette époque, jusqu'à la manie ou la nymphomanie; la malade a la tête congestionnée, et celles qui ont une tendance au suicide doivent à ce moment être l'objet d'une surveillance toute particulière. On doit considérer ces états comme étant le résultat d'une irritation nerveuse du cerveau ayant son point de départ dans les organes génitaux; plus la perte de sang est abondante, plus aussi l'exagération de la folie est en général considérable. — La relation paraît être des plus intimes entre le dérangement menstruel et la folie, dans le cas dont nous avons parlé plus haut, de suppression des règles; ici la guérison n'arrive qu'avec le retour et la régularisation de la menstruation, et ici seulement un traitement emménagogue approprié est indiqué et nécessaire; c'est aussi dans cette seule catégorie que l'on voit quelques faits rares où la guérison de la folie suit immédiatement le retour des règles. — La dysménorrhée provoque très ordinairement les affections nerveuses diverses que l'on comprend sous

le nom d'*hystérie;* souvent ces affections sont principalement cérébrales (voy. plus haut, § 104). — L'époque de la cessation des règles exerce quelquefois sur la maladie mentale une influence très favorable, celle-ci guérit même parfois à ce moment (1) ; mais plus souvent encore elle aggrave la maladie, de sorte que les formes mentales qui jusque-là avaient été simplement irritatives et variables, deviennent fixes et dégénèrent en démence partielle ou totale. Les cas de folie qui se développent seulement à cette période de la vie, — c'est souvent la mélancolie, — ont également un caractère le plus ordinairement défavorable.

L'influence de la menstruation a été traitée d'une façon remarquable dans deux bons travaux récents : Brierre de Boismont, *Annales méd.-psych.*, 1851, t. III, p. 574, et Schlager, *Zeitschr. für psych.*, 1858, t. XV. (Ce dernier travail se trouve également dans le *Rapport sur l'asile des aliénés de Vienne*, 1858, p. 140.)

Les maladies locales de l'utérus, des ovaires, du vagin (kystes ovariques, déplacements de l'utérus, catarrhe utérin, érosions de la partie vaginale de cet organe, etc.), n'amènent ordinairement la folie que par suite de l'exagération progressive de l'hystérie à laquelle elles donnent naissance ; cette folie offre souvent, dans son caractère général hystérique ou dans les conceptions délirantes qui l'accompagnent (par exemple l'idée de grossesse), le cachet manifeste de son origine.

Quoi qu'il en soit, le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de ces maladies chez les femmes, et par conséquent procéder à un examen attentif des organes sexuels. Certainement c'est au préjudice des malades que l'on voit encore aujourd'hui les médecins aliénistes redouter d'une façon par trop délicate cet examen des parties génitales et en particulier l'emploi du spéculum. En Allemagne, en France, en Angleterre, j'ai constaté cette même crainte; on a peur de surexciter les malades, d'entretenir ou d'exagérer certaines conceptions délirantes, de même qu'autrefois pour des motifs analogues on n'osait pas les ausculter; cette considération accessoire est sans valeur aucune, lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic auquel on ne peut arriver que par cet examen et sur lequel on peut baser une thérapeutique rationnelle. La lumière qui passe par le spéculum, fait souvent constater la cause de l'hystérie; elle ne peut qu'éclairer aussi beaucoup l'histoire de la folie à laquelle cette hystérie a donné naissance. — J'ai observé dans ma pratique privée quelques faits très heureux de guérison de folie hystérique, contre la-

(1) J'ai vu quelquefois la folie guérir évidemment par la suppression des menstrues chez les femmes arrivées à l'âge critique. Ces faits n'ont d'ailleurs rien qui doive surprendre quand on songe à l'influence de l'anémie sur la production de la folie. Les malades qui ont guéri étaient précisément de celles chez lesquelles l'âge critique était accompagné de pertes plus ou moins abondantes. (B.)

quelle tout traitement avait échoué, en guérissant une maladie locale des organes génitaux. Brosius rapporte (*Med. Centralzeitung*, 1858) deux cas de guérison de mélancolie simple aiguë, obtenue par le traitement local de maladies des organes génitaux. M. Flemming (*Psychosen*, p. 194) a vu deux faits dans lesquels un prolapsus utérin accompagné d'hémorrhagies fréquentes donnait lieu à une excitation maniaque et à un besoin de quereller qui ne disparurent qu'après que l'on eût maintenu le prolapsus utérin d'une manière permanente à l'aide d'un pessaire; dans un cas, l'abandon intempestif du pessaire fut bientôt suivi du retour de la maladie mentale. — Pour ce qui est des déplacements utérins comme causes de la folie, voyez encore le travail de M. L. Meyer, *Virchow's Archiv*, t. IX, p. 108.

§ 109. — Mais, de toutes les influences provenant des organes génitaux de la femme, la grossesse, et plus encore l'état puerpéral et l'accouchement, sont les causes les plus importantes de folie. La grossesse n'amène que très rarement un état de folie confirmée sous forme de mélancolie profonde ou de manie; plus souvent elle détermine simplement un état de dépression morale modérée qui parfois se présente manifestement comme la première période d'une manie puerpérale qui se développera ultérieurement. Les influences morales directes, en particulier les émotions de toute nature qui accompagnent une première grossesse, peuvent acquérir une importance étiologique considérable chez des femmes déjà prédisposées; dans d'autres cas, on doit attribuer une influence assez grande aux états de congestion et d'anémie qui se développent si fréquemment dans la grossesse.

Chez les femmes enceintes, on observe plus souvent un léger trouble mental, des caprices semblables à ceux de l'hystérie, des envies irrésistibles, extravagantes, une jalousie insensée, un besoin de voler, etc., qu'une folie véritable et confirmée. On voit des cas où la folie se présente sous telle ou telle forme à chaque grossesse; il en est d'autres, — j'en ai vu moi-même un cas, et Guislain (*Leçons orales*, t. II, p. 275) en cite deux faits, — où à chaque grossesse un état préexistant de folie se guérit; d'autres enfin où les femmes ne sont raisonnables et ne sont supportables que pendant la grossesse. Il est à supposer qu'il s'agit ici d'une affection sympathique du cerveau, ayant sa source dans une maladie légère, et probablement mécanique, des organes génitaux, et que cette maladie, tout comme l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur les fonctions cérébrales, disparaît toujours avec la conception. — La folie peut du reste déjà survenir dans les premiers mois de la grossesse, mais le plus souvent ce n'est qu'à une période plus avancée; elle cesse parfois avec l'accouchement, ou bien ce n'est que plus tard, après que le retour des règles s'est rétabli d'une façon régulière; mais

on ne peut pas compter avec certitude sur ce résultat, car la folie peut se prolonger et devenir incurable. — Quand une aliénée devient enceinte, ce n'est que très exceptionnellement que la grossesse a une influence favorable sur la folie, et l'on ne peut guère en attendre un résultat heureux que dans les cas où la folie est récente et liée à une affection des organes génitaux eux-mêmes. Quelquefois la folie cesse avec la conception et reparaît après l'accouchement; mais ordinairement la maladie mentale n'est qu'aggravée par la grossesse, et elle devient ensuite plus promptement incurable. (Voy. Marcé, *De la folie des femmes enceintes*, etc. Paris, 1858.)

Déjà pendant l'accouchement, et à partir de ce moment, pendant toute la durée de la période puerpérale, il peut survenir des troubles graves de l'état mental, que l'on comprend dans leur ensemble sous le nom de *folie puerpérale*; cette dénomination ne me paraît pas très bien appropriée pour ce qui est de la forme de la folie, car sous le rapport des symptômes cette folie ne présente rien de caractéristique qui la différencie des autres genres d'aliénation, et d'un autre côté ces diverses formes de folie puerpérale n'offrent pas entre elles des caractères communs; cependant, au point de vue de la particularité des circonstances dans lesquelles elle survient, le nom de folie puerpérale est suffisamment justifié. Au point de vue pratique, il est nécessaire de distinguer toujours avec beaucoup de soin ces différents cas.

Pendant l'acte même de l'accouchement, il survient déjà quelquefois une grande agitation et des accès de manie, on a même vu des cas où chaque douleur était accompagnée d'un violent accès de fureur. Ces phénomènes d'aliénation sont le résultat de la douleur, de la surexcitation très vive de tout le système nerveux, et aussi d'états congestifs évidents; ils se manifestent parfois encore par une haine profonde de la mère pour son enfant (elle le tue même quelquefois); ces accès ne durent pas plus de quelques heures ou un jour : ils méritent toute l'attention du médecin, surtout au point de vue médico-légal.

Parmi les cas où la folie éclate plus tard, mais toujours cependant dans les quinze premiers jours après l'accouchement, les uns doivent être considérés comme le délire symptomatique d'autres affections puerpérales graves, endométrite, phlébite, pyohémie, endocardite consécutive (?Kiwisch), etc., auquel cas la maladie cérébrale doit être attribuée en partie à l'influence fâcheuse de l'infection purulente et en partie aussi à une congestion évidente de la tête; le pronostic de la folie, en pareil cas, est lié d'une façon intime à celui de la maladie principale : en général elle persiste pendant toute la durée de la maladie, ou bien elle cesse en même temps que celle-ci; dans quelques cas cependant elle peut persister longtemps encore après la guérison de la fièvre puerpérale.

Dans une autre catégorie de faits, au contraire, la folie se développe sans autre maladie puerpérale grave; il survient une maladie cérébrale qui dès le début est indépendante, et qui se présente soit sous forme de mélancolie et en particulier de *raptus* mélancolique, soit principalement lorsqu'il y a eu pendant la grossesse un état de dépression mentale, sous forme d'une surexcitation de nature gaie et de délire nymphomaniaque. A cette catégorie appartiennent surtout les cas qui, plus tard, donnent lieu à une folie d'assez longue durée, mais dont le pronostic, du reste, n'est en somme pas très fâcheux. Ces faits s'observent particulièrement chez des individus déjà prédisposés, la folie éclate chez eux sous l'influence de toutes les causes déterminantes possibles, dont les plus importantes sont évidemment, d'une part les émotions pénibles, et de l'autre l'anémie résultant d'une hémorrhagie considérable survenue pendant l'accouchement ou dans une opération, etc.

Les premiers symptômes de désordre intellectuel dans les faits de ce dernier genre apparaissent tantôt très peu de temps après l'accouchement, ou du troisième au cinquième jour avec la fièvre de lait; le plus souvent c'est dans la première semaine, quelquefois encore c'est pendant le second septénaire, parfois enfin, mais rarement, dans le premier mois (1).

(1) J'ai souvent signalé dans mes leçons l'influence de la première menstruation après l'accouchement sur la production de la folie. On comprend que la fonction, supprimée depuis près d'une année, se rétablissant chez les femmes qui ont été en proie à des émotions vives et qui sont souvent dans un état d'anémie, doit déterminer plus de troubles sympathiques que la menstruation dans les conditions ordinaires. Aussi arrive-t-il souvent que le délire éclate vers la sixième semaine après l'accouchement. C'est tantôt avant et tantôt pendant cette première menstruation que la folie se manifeste. Si elle débute à l'époque où la première menstruation devrait reparaître après l'accouchement, l'influence de la cause n'en doit pas moins être admise, bien que l'écoulement menstruel n'ait pas eu lieu. Combien d'aliénées atteintes d'aménorrhée, et qui ont des paroxysmes d'excitation à l'époque où les règles devraient paraître. Il en est de même ici.

Quelquefois on n'observe qu'un trouble passager des idées. C'est ce qui est arrivé à la parente d'un médecin. Cette dame m'a raconté que six semaines environ après son accouchement, étant à travailler, elle sentit tout à coup un désordre singulier dans son intelligence; elle s'effraye, sonne sa femme de chambre, demande du secours. Bientôt le calme se rétablit, et elle s'aperçoit que ses règles venaient de reparaître.

On m'a rapporté un autre fait du même genre. Il s'agit d'une dame qui, six semaines après son accouchement, étant au théâtre, fut tout à coup prise d'une sorte de délire qui ne dura que peu d'instants : la menstruation venait aussi de paraître.

Ces faits ont quelque intérêt au point de vue pratique; la conséquence qu'il faut en tirer, c'est qu'il importe de surveiller avec soin cette première époque mens-

Une hémorrhagie abondante, ou bien encore une émotion, sont souvent la cause prochaine de l'explosion de la folie; l'hérédité, une grande irritabilité nerveuse, une grande susceptibilité du caractère et des sentiments pendant la grossesse, sont encore des circonstances prédisposantes fort importantes (M. Reid, à Bedlam, en 1848, a trouvé sur 111 cas de folie puerpérale, 45 héréditaires). — Les formes sous lesquelles se présente le plus souvent la maladie mentale sont la manie, puis la mélancolie, assez fréquemment accompagnée de stupeur. M. Webster a vu, à Bedlam, sur 131 cas de folie puerpérale, 41 sujets qui avaient de la tendance au suicide (31 pour 100) ; la manie simple serait d'un pronostic plus favorable que la mélancolie. En somme, je crois que l'on a raison de porter sur la folie puerpérale un pronostic relativement favorable, cependant on a parfois exagéré sa curabilité. A Bedlam, d'après M. Webster, sur 181 cas de ce genre, 81 ont guéri (41,83 pour 100), tandis que dans un espace de vingt ans, dans le même asile, les cas de guérison de folie en général se sont élevés à 53,67 pour 100. La guérison a eu lieu le plus souvent

truelle après l'accouchement, chez les femmes prédisposées à la folie ou qui auraient eu déjà un accès d'aliénation mentale.

M. Marcé a, depuis, insisté sur cette influence de la première menstruation à la suite de l'accouchement, sur la production de la folie. (Voy. son *Traité de la folie des femmes enceintes*, p. 182.)

Parmi les causes qui prédisposent à la folie survenant après l'accouchement, il faut indiquer l'âge relativement avancé des accouchées. Les recherches faites à la Salpêtrière ne me laissent pas de doute sur la proportion plus grande des cas de folie chez les femmes au-dessus de trente ans.

Le professeur Rech, de Montpellier, a publié, en 1826, deux observations de folie à la suite de sevrage, et qui furent guéries par l'allaitement. Bien que ces deux faits puissent paraître un peu étranges, ils m'ont semblé assez importants pour que j'aie cru devoir les reproduire dans les *Annales médico-psychologiques* en 1856. Je me borne à rappeler le premier. Une femme, atteinte d'une manie intermittente, n'avait pas cessé d'avoir un peu de lait, bien que quatorze ans se fussent écoulés depuis qu'elle avait nourri son dernier enfant. M. Rech, frappé de cette circonstance, fit allaiter un petit chien par la malade, qui fut bientôt guérie : la manie, qui avait le type intermittent, durait depuis douze ans.

J'ai vu l'année dernière, dans mon service de la Salpêtrière, un fait très intéressant pour l'histoire de la folie puerpérale. Une femme est amenée dans un état de manie très aiguë. L'agitation était extrême, l'incohérence complète. Aucun renseignement. Impossibilité de rien savoir de la malade elle-même, dont on ne pouvait fixer l'attention. Les seins étaient complétement affaissés, mous, et rien n'indiquait que cette femme eût été nourrice avant l'explosion de son délire.

Cependant, le cinquième jour, on fut très surpris de trouver le sein droit très tuméfié, tendu et laissant écouler une assez grande quantité de lait. Dès ce moment l'agitation se calme, le délire disparaît, et, quelques jours après, la malade entre en convalescence. (B.)

dans un espace de trois mois ; quelquefois on voit, avec les symptômes de la manie puerpérale, une tuberculisation qui existait déjà antérieurement marcher avec une grande rapidité et se terminer promptement par la mort. — M. Simpson (1853) croyait pouvoir admettre que l'emploi du chloroforme pendant l'accouchement est un bon moyen de prévenir la folie puerpérale. Non-seulement ce fait ne s'est pas confirmé, mais encore on a vu des cas où les inhalations de chloroforme ont paru précisément déterminer l'explosion de la folie (Webster) (1).

Voyez : Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, cap. 5. — Schneider, *Ueber mania lactea* (*Journal allemand d'Authrop*, de Nasse, 1823). — Neumann, *Krankh. des Vorstellungsvermogens*, 1822, cap. 14. — Kiwisch v. Rotterau, *Die Krankh. der Woecherinnen*, t. II, 1841. — Helm, *Monographie des maladies puerpérales* (allemand), 1840. — Sinogowitz, *Maladies mentales* (allemand), 1843. — Leubuscher, *Verhandl. der Gesells. für Geburtshuelfe*. Berlin, 1846. — Macdonald, *American Journal of insanity*, 1847, t. IV. — Tonckens, *De mania puerperali*, diss. Gron., 1847. — Webster, *Journal of psychological medicine*, 1849. — Ideler, *Die vesania puerperalis* (*Charité-Annalen*, t. II, 1851). — Weill, *Considér. sur la folie puerpérale*, thèse de Strasbourg, 1851. — Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*, Paris. — 1858.

Enfin, pour ce qui est de l'allaitement, c'est un fait bien connu que l'affaiblissement de la constitution résultant d'un allaitement trop prolongé peut amener des névroses graves sous toutes les formes possibles, et dans ce cas ce sont principalement les émotions profondes ou persistantes, une certaine prédisposition mentale, etc., qui donnent naissance à cette forme d'affection cérébrale qui engendre la folie.

Puissions-nous avoir démontré dans cette énumération des causes de la folie la vérité de ces faits généraux, que tous les troubles profonds de la nutrition, que toutes les circonstances qui surexcitent le système nerveux, qui favorisent la congestion de l'encéphale, qui ont pour résultat de développer et de fixer la constitution nerveuse, peuvent être des causes de la folie. Nous aurons recours plus tard à ces mêmes faits, quand nous nous occuperons du traitement des maladies mentales.

(1) Un malade auquel j'ai donné des soins, avait fait un abus extrême du chloroforme pour calmer ses douleurs. Il en était arrivé à un état presque permanent de délire qui avait forcé de l'isoler dans une maison d'aliénés pendant plusieurs mois. Il était, par rapport au chloroforme, dans des conditions analogues aux dipsomanes pour les liqueurs alcooliques. Il y avait, chez lui, un désir incessant et irrésistible de respirer la vapeur du chloroforme, et, dans les trois mois qui avaient précédé son entrée à la maison de santé, il en avait acheté pour une somme assez considérable. Ce n'est que peu à peu qu'on parvint à diminuer les doses et à les éloigner. Plus tard, l'emploi fut complétement suspendu, et le délire disparut. (B.)

LIVRE III.

FORMES DES MALADIES MENTALES.

§ 110. — Il n'est pas possible, quant à présent, de faire une classification des maladies mentales basée sur leur nature, c'est-à-dire sur les altérations anatomiques du cerveau qui leur donnent naissance; comme la classe entière des maladies mentales repose simplement sur la symptomatologie, nous ne pouvons indiquer comme les différents genres de cette classe que des ensembles de symptômes différents, que différentes *formes* de la folie. Au lieu d'un principe de classification anatomique, nous devons prendre comme base les fonctions, la physiologie, et, comme dans l'aliénation les troubles du côté de l'intelligence et des sentiments affectifs sont les lésions capitales et les plus frappantes, la psychologie; mais, tandis que c'est l'objet de l'enseignement clinique de faire ressortir et d'analyser tous les troubles intellectuels multiples que l'on observe dans chaque cas en particulier, la nosologie doit se contenter d'établir un petit nombre de groupes principaux de troubles psychiques, d'un petit nombre d'états fondamentaux d'anomalie mentale, qui se manifestent, dans une très grande quantité de cas, par certains signes caractéristiques, et auxquels on peut par conséquent rapporter toutes les différentes variétés que présente chaque fait en particulier. Ce sont ces états fondamentaux et leurs symptômes que nous avons principalement à décrire ici, et, bien que dans cette description nous devions noter toutes les variétés qu'ils peuvent offrir et toutes leurs transformations réciproques, les limites de cet ouvrage ne nous permettent par d'entrer dans de trop grands détails; cette fusion même des phénomènes psychiques (normaux ou anomaux), qui donne lieu aux variétés, aux états intermédiaires et aux transitions, constitue l'objet le plus intéressant de l'étude clinique; mais cette étude ne trouve pas sa place dans les courtes expositions d'un traité.

L'analyse des faits nous montre deux grands groupes d'états fondamentaux d'anomalies psychiques, qui représentent les deux différences les plus essentielles de la folie. Dans l'un, la folie consiste dans la production morbide d'émotions et d'états émotionnels qui dominent le sujet et se fixent d'une manière permanente, et sous l'influence desquels la vie psychique tout entière subit des modifications de même nature et de même espèce. Dans l'autre, elle consiste dans des lésions de l'intelligence et de la volonté, qui ne proviennent pas (qui ne proviennent plus) d'un

état émotionnel dominant, mais qui représentent un état calme, indépendant, sans profonde excitation des sentiments, dans lequel la pensée et la volonté sont faussées (ordinairement avec caractère prédominant d'affaiblissement des facultés mentales). L'observation nous montre en outre que les états qui forment le premier groupe précèdent, dans l'immense majorité des cas, les états du second groupe, et que ces derniers ne sont ordinairement que la conséquence et la terminaison des premiers, la maladie cérébrale ne guérissant pas. Nous voyons encore, dans la grande majorité des états du premier groupe, une certaine succession déterminée des différents genres d'états émotionnels; de là résulte une manière d'envisager la folie, qui dans les différentes formes mentales reconnaît différentes périodes d'un travail morbide qui peut, il est vrai, être modifié, interrompu, transformé par les accidents pathologiques intercurrents les plus divers, mais qui dans son ensemble suit une marche successive et constante qui peut aller jusqu'à la destruction complète de la vie psychique. Grâce à cette doctrine générale que M. Zeller a formulée de la façon la plus nette, nous pouvons à présent, au moyen de la symptomatologie, pénétrer plus avant que jadis les problèmes (qui doivent toujours occuper le premier rang) des états anatomo-pathologiques et du diagnostic des maladies mentales.

En effet, l'anatomie pathologique nous montre jusqu'à présent que, dans le premier groupe ou dans les premières périodes de la folie, il est rare de trouver des altérations organiques importantes, ou que du moins elles sont toujours susceptibles d'une guérison complète; tandis que dans le second groupe, ou dans les périodes terminales, il existe très souvent des altérations organiques manifestes et non susceptibles de guérison, en particulier une atrophie plus ou moins considérable du cerveau avec œdème des membranes et hydrocéphale chronique. On peut donc dire que les lésions cérébrales qui donnent naissance aux premières périodes de la folie, lésions qui certainement ne sont pas toujours d'un genre identique, et que nous ne pouvons pas, quant à présent, caractériser d'une manière générale (voy. § 97), offrent cela de commun que, dans un très grand nombre de cas, elles se terminent par les altérations dites consécutives du cerveau, par une période d'altérations anatomiques stationnaires.

Par conséquent, le simple côté symptomatologique, le côté analytique et psychologique, et aussi le côté anatomique de l'examen des malades concordent tous trois vers le même résultat, si important pour la pratique, que la folie est une maladie qui n'est guérissable que dans le premier groupe d'anomalies mentales primitives (émotionnelles), et qui au contraire est incurable quand elle est arrivée aux lésions secondaires qui forment le second groupe. La première classe renferme les formes

de la mélancolie, de la manie et de la monomanie exaltée; la seconde contient les folies systématisées, la démence partielle et la démence générale (1).

SECTION PREMIÈRE.

ÉTATS DE DÉPRESSION MENTALE. — MÉLANCOLIE. (SCHWERMUTH.)

§ 111. — Dans toutes ces formes de maladie, la lésion fondamentale consiste dans l'existence morbide d'une émotion pénible, dépressive, qui domine le sujet (§ 37), dans un état de douleur morale. Cet état peut au début, dans la forme la plus simple, la plus primitive de la mélancolie, consister en un sentiment vague d'oppression, d'anxiété, d'abattement et de tristesse; mais le plus souvent ce trouble obscur, abstrait des sentiments se transforme bientôt en des idées isolées, concrètes, douloureuses; il surgit des pensées et des jugements en harmonie avec la disposition actuelle de l'esprit, sans motif extérieur (idées fausses), un véritable délire roulant sur un sujet pénible et douloureux, tandis qu'en même temps l'intelligence présente des anomalies formelles, est entravée dans son libre cours, devient lente et paresseuse, et que la pensée devient monotone et vide. La réaction morale contre le monde extérieur est tantôt affaiblie et engourdie (anesthésie morale, indifférence pouvant aller jusqu'à la stupeur), tantôt exagérée de telle façon que toutes les impressions morales sont douloureuses (hyperesthésie morale) ; très souvent ces deux modes de réaction coïncident et alternent chez le même sujet. A cela s'ajoutent de nombreux dérangements du côté de la force motrice de la vie de l'âme, et c'est en particulier sur les différences que l'on observe de ce côté que l'on se fonde pour distinguer plusieurs formes principales de mélancolie; tantôt l'effort de volition est directement diminué et affaibli, tantôt il est entravé d'une façon convulsive (absence d'énergie, de volonté); ou bien on voit apparaître quelques penchants, quelques impulsions de la volonté, auxquels la disposition négative de l'esprit donne un sujet et un fond; ou enfin un degré plus élevé de douleur morale provoque des impulsions motrices étendues, d'un caractère convulsif, disproportionné, se traduisant par une agitation extrême, qui, en se prolongeant et en s'exagérant, revêt une forme tout autre, celle de la manie.

(1) Il n'y a pas d'expressions françaises rendant parfaitement les termes allemands de « Wahnsinn » (monomanie exaltée), et de « Verrücktheit » (folie systématisée et démence partielle) ; mais, au lieu de m'expliquer là-dessus plus longuement ici, je renvoie à la description des formes qui rendra tout à fait clair le sens de ces expressions. (*Note de l'auteur pour l'édition française.*)

En employant l'expression « d'états de dépression mentale », nous n'avons pas voulu dire que la nature de ces états consiste dans l'inaction et la faiblesse, dans la suppression des phénomènes psychiques ou cérébraux qui les accompagnent. Nous sommes bien plutôt porté à admettre que dans ces états il y a très souvent une irritation vive du cerveau et une surexcitation des phénomènes psychiques; mais le résultat général pour la disposition de l'esprit est un état de dépression ou de douleur. Il suffit de rappeler l'analogie qu'il présente avec la douleur physique, et quant à ceux qui ont cru améliorer les choses en remplaçant la « dépression » et « l'exaltation » par « la torpeur » et « l'irritation » cérébrales, on peut leur objecter que dans la mélancolie même il y a un état d'irritation du cerveau.

L'observation montre que l'immense majorité des maladies mentales commence par ces états de désharmonie profonde des sentiments affectifs, sous forme d'une émotion dépressive, triste. M. Guislain est le premier qui ait attentivement étudié ce fait et qui l'ait bien mis en lumière. Il est incontestable que ce fait soit exact en général, et rien ne s'oppose à ce que l'on dise que la période initiale de toutes les maladies mentales est un état de mélancolie. Sans doute il y a des exceptions : dans la démence sénile, dans la manie périodique, dans la méningite, dans les cas d'aliénation mentale qui succèdent à la fièvre typhoïde, au choléra, à la pneumonie, à l'insolation, etc., l'explosion de la manie a lieu le plus souvent sans être précédée de mélancolie ; mais ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est que l'absence de la période mélancolique n'est qu'apparente; cela tient à ce que, comme elle était peu intense, on ne l'a pas encore prise pour un état d'aliénation.

La période mélancolique qui précède la folie est encore désignée par quelques aliénistes sous le nom de *période d'incubation* ou *période prodromique*, et pour eux l'explosion de la folie ne date que du moment où le malade ne peut plus se maîtriser extérieurement. Cette limite est jusqu'à un certain point arbitraire ; mais précisément cette circonstance, que la *période d'incubation* a presque toujours le caractère dépressif, est de la plus grande importance.

La mélancolie qui précède et amène la folie semble parfois n'être simplement que la continuation immédiate d'une émotion douloureuse réellement motivée (causes morales de la folie), par exemple d'un chagrin, de la jalousie; mais elle se distingue de la douleur morale dans l'état de santé par son exagération, et par son cours ordinairement long et de plus en plus indépendant d'influences extérieures, et par les autres troubles accessoires qui l'accompagnent (voy. plus bas, *Mélancolie*). — Dans d'autres cas, la mélancolie se produit sans causes morales, le plus souvent cependant il y en a; mais la mélancolie n'apparaît pas comme la

continuation directe de ces émotions, elle ne survient qu'après que celles-ci ont occasionné des troubles notables dans les fonctions du système nerveux et dans la nutrition, ou qu'elles ont miné la constitution.

CHAPITRE PREMIER.

HYPOCHONDRIE.

§ 112. — L'hypochondrie représente la forme la plus bénigne, la plus modérée de la folie, et offre diverses particularités qui la distinguent essentiellement des autres formes de la mélancolie. Tandis qu'elle partage, il est vrai, avec celles-ci ce caractère générique d'abattement, de tristesse, de dépression des sentiments, de diminution dans l'énergie de la volonté et d'un délire correspondant à cette disposition de l'esprit, elle en diffère cependant d'une façon caractéristique en ce que, dans l'hypochondrie, la dépression des sentiments affectifs procède d'un sentiment plus ou moins intense de maladie physique, qui tient constamment l'attention du malade vivement éveillée; que par conséquent les faux jugements se rapportent presque exclusivement à l'état de santé du sujet, et que le délire de celui-ci roule sur des craintes de maladie grave, et sur des idées bizarres et non motivées, relatives à la nature, au genre et au danger de sa maladie. Ce sentiment de maladie physique est tantôt général et vague, tantôt il se résout en quelque sensation anomale isolée; souvent il dépend d'une irritation des centres nerveux provenant d'une maladie périphérique, obscure et cachée, de l'intestin; mais il peut naître aussi directement dans le cerveau, sous l'influence de causes morales (lecture d'ouvrages de médecine, contact fréquent avec des hypochondriaques). Ces sensations morbides s'exagèrent toujours quand l'attention se dirige sur elles, et, lorsque la maladie a atteint un certain degré de développement, la pensée, en se portant sur tel ou tel organe, peut les déplacer et les faire ressentir au malade dans chacun de ses organes successivement. — Pour ce qui est de la part que l'intelligence prend dans cette maladie, malgré cette perversion des sentiments et des fausses conceptions, la raison persiste ordinairement longtemps, les sensations et les idées anomales même sont enchaînées et élaborées d'une façon logique et conséquente, et justifiées par des motifs qui restent encore dans les limites de la possibilité. En raison même de cette absence de confusion proprement dite dans l'intelligence, l'hypochondrie apparaît essentiellement comme une *folie raisonnante mélancolique*, dont nous retrouverons l'opposé correspondant, — la folie raisonnante (monomaniaque), — dans les états d'exaltation mentale.

Nous recommandons au lecteur de vérifier par lui-même cette analogie qui résulte d'un parallèle (qui facilite beaucoup l'intelligence des choses) entre les deux formes fondamentales des états morbides des sentiments. — Que d'ailleurs l'hypochondrie ne trouve réellement sa place convenable nulle autre part que parmi les maladies mentales, parmi lesquelles Sauvages et Cullen la rangeaient déjà, ainsi que l'ont fait depuis Pinel, Esquirol, Georget et M. Falret, cela résulte tout naturellement de la symptomatologie de notre affection. C'est une perversion des sentiments qui peut aller depuis le degré le plus léger jusqu'au degré le plus extrême, sans changer essentiellement de caractère ; l'hypochondriaque peut bien, il est vrai, raisonner juste, — en partant de prémisses fausses, — mais cela n'empêche pas le moins du monde que l'hypochondrie soit un trouble mental, pas plus que cette circonstance, à savoir, que souvent l'hypochondrie accompagne ou complique diverses maladies chroniques siégeant dans des organes divers, n'est un motif de l'identifier et de la confondre avec ces maladies.

§ 113. — *Symptômes.* — D'abord l'humeur des malades change sans motif extérieur; ils sont abattus, affligés, tourmentés, grognons, d'une extrême sensibilité, toujours disposés à tout rapporter à eux-mêmes ; tout les importune et les fatigue. Dans les premiers temps, cet état présente des rémissions, et les paroxysmes revêtant la forme d'une humeur chagrine, agitée, méfiante, ou bien d'une froideur morale qui peut aller jusqu'au dégoût de la vie, d'une anxiété qui peut aller jusqu'à un désespoir insurmontable. — Un sentiment indéterminé, mais vif, de maladie, tourmente et agite vaguement le malade ; toutes les parties du système nerveux de la sensibilité peuvent être le siége de sensations morbides, souvent très douloureuses (fourmillement, froid et chaleur ; il semble au malade qu'il traîne un corps qui lui est étranger, que sa tête va sauter, qu'elle est vide, qu'elle est morte, etc.), et les sens supérieurs présentent souvent aussi une sensibilité exagérée ou au contraire obtuse, et sont le siége d'hallucinations réelles. Toutes ces sensations anomales se pressent toujours vivement dans la conscience, elles éveillent et entretiennent constamment des idées qui se rapportent à la maladie, aux diverses formes qu'elle peut revêtir et à sa guérison ; le malade écoute toutes ces sensations, il les commente sérieusement et les analyse dans le sens de la disposition sombre et inquiète qui domine son esprit ; il en conclut à l'existence de maladies graves, dangereuses, et souvent il exprime ses appréhensions avec une exagération dont il a à moitié conscience, et d'une manière énergique et parfois très pittoresque. Le malade, qui peut d'ailleurs ne présenter que des symptômes tout à fait insignifiants, parle d'apoplexie ; il dit qu'il est à moitié mort, que son cœur est desséché, pétrifié ; ses nerfs sont des charbons ardents, son sang est de l'huile

bouillante, etc.; il dit volontiers qu'il a les maladies les plus graves, ou bien des maladies toutes nouvelles, qui n'ont jamais existé, et cela parce que pour lui la gravité et le danger de sa maladie sont en rapport avec l'intensité du sentiment qui l'accable. A mesure que les sensations morbides se déplacent et changent de nature, les idées que le malade se fait du siége et du genre de son affection changent aussi, et il se croit successivement atteint de toutes les maladies qu'il connaît. Ces idées constituent un véritable délire, elles sont fausses et purement imaginaires; mais il n'en est pas de même des sensations qui leur servent de base par rapport à ces idées; elles ne jouent essentiellement que le rôle de tentatives d'explication.

Nous trouvons donc dans l'hypochondrie exactement la même origine, le même manque de fondement objectif, la même production subjective des conceptions délirantes que dans les autres formes de la mélancolie et d'une folie encore plus profonde. Retirez à l'hypochondriaque ses sensations morbides, et il n'aura plus de maladies imaginaires; que l'on retire également à un mélancolique d'une autre forme les sentiments qui l'agitent et le tourmentent, il ne se croira plus poursuivi par des ennemis, etc. Dans la mélancolie elle-même, les sentiments anormaux d'où procède le délire, sont également réels, et nous trouvons aussi dans cette maladie, au début du moins, la même instabilité, le même changement brusque des complications délirantes que dans l'hypochondrie.

§ 114. — L'hypochondriaque, constamment préoccupé de ses maux, cherche par tous les moyens possibles à les pénétrer. Il interroge souvent son pouls, sa langue, ses excrétions, et souvent dans ses excréments il trouve des motifs de craintes ou d'espérances, qu'il a parfois une sorte de plaisir à communiquer à tout le monde, si dégoûtants qu'en soient les détails. Le vif désir qu'il a de guérir fait qu'il change souvent de médecin et de traitement; il cherche à s'instruire en lisant des ouvrages de médecine, et alors il change souvent d'avis sur sa maladie, en s'appliquant toutes celles dont il lit la description ou dont il entend parler: qu'on parle d'une maladie devant lui, cela suffit pour lui donner l'idée qu'il en est atteint, et alors, sous l'influence de cette idée, il ressent dans les organes correspondants des phénomènes qu'il n'y éprouvait pas auparavant (1).

Mais ce qui préoccupe et tourmente l'hypochondriaque, ce ne sont pas toujours simplement des craintes de maladies physiques ordinaires; souvent la part que son imagination prend à la production de ses souf-

(1) On remarquera l'identité de ce phénomène avec la production des hallucinations en général.

(*Note de l'auteur.*)

frances ne lui échappe pas, et ce dont souvent il se plaint surtout, c'est que sa personnalité est changée, qu'il est emprisonné dans des sensations et des idées morbides, et en particulier d'une certaine anomalie (déjà signalée au § 50) dans l'interprétation des sensations sensoriales, qui fait que, bien que les perceptions s'accomplissent, elles ne produisent plus les mêmes impressions.

Ce dernier et très remarquable état, que les malades eux-mêmes ont de la peine à décrire, nous l'avons observé nous-même dans plusieurs cas comme symptôme prédominant ; il est exprimé aussi bien que possible dans le récit qu'en faisait une malade d'Esquirol :

« Je souffre constamment, je n'ai pas une minute de bien-être, je n'ai aucune sensation humaine ; entourée de tout ce qui rend la vie heureuse et agréable, il me manque la faculté de jouir des choses et de les ressentir ; cela m'est devenu physiquement impossible. Dans toutes choses, dans les caresses les plus tendres de mes enfants, je ne trouve que de l'amertume ; je les couvre de baisers, mais entre eux et mes lèvres il y a quelque chose, et ce quelque chose d'affreux est continuellement entre moi et toutes les jouissances de la vie. Mon existence est incomplète, les fonctions, les actes de la vie ordinaire me sont restés, mais dans chacun d'eux il me manque quelque chose, à savoir, la sensation qui leur est propre et la joie qui leur succède.... Chacun de mes sens, chaque partie de moi-même est pour ainsi dire séparée de moi et ne peut plus me procurer aucune sensation ; cette impossibilité semble dépendre d'un vide que je sens à la partie antérieure de ma tête et de la diminution de la sensibilité de toute la surface de mon corps ; car il me semble que je n'arrive jamais, à vrai dire, jusqu'aux objets que je touche..... Je sens bien les changements de température sur ma peau, mais la sensation de l'air au dedans de moi-même, quand je respire, je ne l'ai plus..... Mes yeux voient, mon esprit perçoit, mais la sensation de ce que je vois me manque complétement, etc. »

Dans l'ordre moral, les changements qui surviennent du côté de la volonté sont également assez frappants ; les malades sont abattus, pensifs, indécis ; à un degré plus élevé, ils sont complétement sans volonté. « Je voudrais bien me décider, je voudrais bien persévérer, mais cela ne dépend plus de moi de le vouloir : je sens que, si je pouvais en avoir la volonté, je pourrais m'arracher à cette position désespérée ; mais je suis obligé de me laisser aller à mes sentiments douloureux, je me sens incapable de tout, la plus petite résistance me paraît insurmontable, etc. » Telles sont les expressions que l'on entend assez souvent dans la bouche des individus atteints d'hypochondrie profonde, comme de ceux atteints des autres formes de mélancolie. A un degré plus avancé de la maladie, l'intelligence présente diverses lésions en outre de ces idées erronées

dont nous venons de parler; le malade est constamment préoccupé de son état de santé, ainsi que des moyens qui pourraient le soulager, ce qui donne à sa pensée une certaine monotonie, et, dans cette préoccupation dominante de la conscience, tout ce qui sort de ce cercle d'idées est sans intérêt pour le malade, lui est indifférent, et s'efface promptement de la mémoire : c'est pour cela que ces individus sont souvent extrêmement distraits et oublieux. Ils bavardent beaucoup sur le thème de leur maladie, mais ils sont peu disposés à causer sur un autre sujet; aussi peut-on dire que jamais l'hypochondrie n'est profonde quand le malade est encore aimable et peut se mêler à la conversation. Mais l'intelligence et l'esprit que le malade manifeste souvent déjà par de fines combinaisons sur son thème favori, peuvent être intacts même à l'égard des circonstances objectives, et ce n'est que dans les degrés extrêmes de l'hypochondrie que l'on voit une diminution réelle de l'intelligence, une espèce de démence sombre et chagrine, qui fait que le malade est à peu près incapable de tout effort intellectuel.

L'ensemble de ces troubles psychiques, qui tous ont le caractère de la dépression, fait de l'hypochondrie même une forme de la mélancolie. Bien que d'ordinaire, en raison du fond particulier sur lequel roulent les conceptions délirantes, et de la faculté beaucoup plus grande (que dans la mélancolie) qu'a le malade de se maîtriser, l'hypochondrie ait en elle-même une certaine spécificité, cependant cette tendance dominante qu'il a à tout se rapporter et à tout se comparer à lui-même, la limitation de la pensée au *moi* seul, cet égoïsme morbide, constituent déjà un trait essentiel dénotant la concentration de l'individu en lui-même qu'on observe en général dans la mélancolie, et quelquefois au début de la perversion mélancolique, c'est plutôt le hasard qui fait que toutes ces conceptions morbides s'attachent uniquement à l'état de la santé du corps et non aux objets extérieurs. De plus, les degrés élevés de l'hypochondrie se transforment graduellement, par suite de l'exagération des sentiments d'anxiété et aussi de la fixation de certaines tentatives d'explication, non-seulement en une véritable mélancolie, mais encore en une démence partielle mélancolique (l'individu croit qu'il est soumis à une influence nuisible, qu'il est victime de machinations hostiles, qu'on le magnétise, etc.). Cette faculté que les hypochondriaques possèdent encore à un degré assez élevé de se maîtriser eux-mêmes, disparaît souvent déjà pendant chaque exacerbation de la maladie; si les médecins pouvaient observer ces paroxysmes aussi librement que dans les asiles nous pouvons le faire à chaque instant dans les cas graves, ils seraient bientôt convaincus que l'hypochondrie est une maladie mentale.

§ 115. — En dehors de ces troubles intellectuels et des anomalies de la sensibilité que nous avons déjà signalés, on peut observer chez les

hypochondriaques les symptômes morbides les plus variables dans tous les organes, et cette comparaison que l'on faisait jadis entre l'hypochondrie comme dérangement chronique du système nerveux tout entier et la fièvre, comme l'état morbide aigu le plus général (Hoffmann), ne nous paraît pas impropre. En effet, souvent la digestion se fait mal, la langue est chargée, l'appétit est exagéré ou diminué; il y a de la constipation et la digestion s'accompagne d'un développement considérable de gaz, état qui amène une tension des hypochondres et un refoulement du diaphragme, avec oppression. Chez les hypochondriaques, on voit souvent des hémorrhoïdes, des pulsations abdominales, des palpitations de cœur; ils ont la tête congestionnée, des migraines, leur sommeil est agité; très souvent ils ont une expectoration abondante de mucus venant de la gorge et du larynx. Dans beaucoup de cas, on ne peut pas décider si ces symptômes très variables tiennent à des dérangements primitifs de l'intestin, sous l'influence desquels l'hypochondrie s'est produite, ou bien jusqu'à quel point ils ont une origine centrale dans le système nerveux. Il faut toujours que le médecin procède à un examen minutieux de tous les organes accessibles à l'exploration; assez souvent ce n'est que pendant le cours de l'hypochondrie que l'on voit apparaître progressivement quelque affection viscérale, qui dans ses débuts obscurs a pu déjà être la cause de la maladie mentale.

Il est évident, en effet, que l'hypochondrie survient de deux manières différentes. Dans l'une, c'est une irritation cérébro-spinale secondaire, consécutive à des maladies internes, mais souvent légères (de l'intestin, du foie, des organes génitaux, peut-être aussi des reins), maladies qui donnent lieu plutôt à un sentiment général de grand malaise qu'à des douleurs localisées; ce sont surtout, d'une part, des obstacles mécaniques à la circulation des matières contenues dans l'intestin, des flatuosités, et en particulier des catarrhes gastro-intestinaux, qui déterminent assez souvent l'hypochondrie chez des individus sensibles, et cela parfois d'une manière tout à fait aiguë; d'un autre côté, les affections des organes génitaux et du système nerveux qui succèdent à l'onanisme, à la blennorrhagie et aux excès vénériens, et enfin tous les états d'appauvrissement du sang. C'est principalement sur ces trois genres d'affections que doit porter l'attention du praticien.

Mais l'hypochondrie peut certainement aussi provenir de causes morales; des circonstances extérieures peuvent constamment appeler la pensée d'un individu sur son état de santé en général ou sur un organe en particulier, et provoquer ainsi des sensations morbides. Cela s'observe chez des individus qui lisent des ouvrages de médecine, ou qui se trouvent fréquemment en contact avec des hypochondriaques, ou encore dans es temps d'épidémie, de choléra, etc. Toutefois ces cas sont ordinaire-

ment légers, et ils sont rares relativement à ceux où l'hypochondrie est engendrée par des causes morales indirectes, telles que des émotions déprimantes, une concentration intellectuelle exagérée, etc., qui amènent des troubles de la digestion, de la circulation, de l'hématose, dans lesquels la sensation de maladie qu'éprouve l'individu prend sa source.

L'hypochondrie s'observe de temps en temps déjà dans l'enfance, et plus souvent encore à l'époque de la puberté ; elle est extraordinairement fréquente chez les jeunes gens, et plus rare dans l'âge mûr. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; cependant il n'est pas rare d'en voir même chez ce dernier sexe des cas caractéristiques et complets. — La marche de cette maladie est en général très lente ; elle présente parfois des rémissions. J'ai vu des cas où l'hypochondrie apparaissait, comme la manie intermittente, à des époques presque régulières, avec des intervalles de plusieurs années. Chez une femme atteinte d'hypochondrie profonde, j'ai vu une rémission presque complète survenir lors de l'apparition spontanée d'une diarrhée intense, avec des douleurs lancinantes dans toute la colonne vertébrale.

Souvent, quand l'hypochondrie a une marche très lente, la nutrition peut pendant longtemps rester bonne, et le malade peut avoir bonne mine ; quand il existe une affection organique des viscères, le malade entre dans une période de langueur physique généralement de longue durée (avec amaigrissement, décoloration de la peau, perte considérable des forces, etc.), et parfois on voit en même temps la perversion hypochondriaque rétrocéder. Quelquefois on voit aussi apparaître des phénomènes d'apoplexie, de paralysie, ou bien la folie revêt progressivement une autre forme, en particulier celle de la démence partielle avec le caractère de la dépression (1).

(1) Il sera question plus loin du délire hypochondriaque spécial que j'ai signalé dans la paralysie générale, mais il importe de rappeler ici que l'hypochondrie précède assez souvent cette maladie et d'autres affections cérébrales. C'est ainsi que, dans la première observation citée par Brachet (*Traité de l'hypochondrie*), on voit la malade, après cinq ou six années, être atteinte de congestions cérébrales, d'embarras de parole, et enfin d'une véritable paralysie générale.

M. Michéa, dans un intéressant mémoire publié l'année dernière dans la *Gazette hebdomadaire*, a cité deux observations de délire hypochondriaque précédant les symptômes de la paralysie générale. Il serait facile de rapporter des observations de même nature qui se trouvent çà et là dans les auteurs. On sait combien la paralysie générale est rare chez les jeunes gens et chez les femmes des classes élevées. C'est donc plus particulièrement chez les hommes de trente-cinq à cinquante-cinq ans qu'il faut redouter l'invasion de cette affection à la suite de l'hypochondrie. Dans ce moment même, je donne des soins à deux malades profondément hypochondriaques, et chez lesquels de légères congestions cérébrales se sont manifestées

Assez souvent on arrive à la guérison par le traitement moral, et aussi en faisant disparaître les causes physiques ; on a vu également l'hypochondrie cesser lors de l'apparition d'accès de goutte ou de fièvre intermittente.

Nous citerons ici quelques observations d'hypochondrie simple et compliquée, qui offrent différents modes de production, des symptômes différents et aussi des modes différents de terminaison.

Obs. VII. — *Hypochondrie simple guérie par le traitement moral.* — Mademoiselle H....., âgée de vingt et un ans, d'une constitution très forte, régulièrement, mais peu abondamment réglée, et ne présentant dans la santé d'autre accident qu'une constipation forte et habituelle, perd tout à coup sa gaieté ordinaire ; elle fuit toutes les réunions, ne se plaît que dans une solitude absolue. Vainement on l'interroge pendant une année entière sur les causes du changement qui s'est produit en elle. Enfin la malade fait à son médecin une entière confidence, et lui avoue en rougissant la cause de sa tristesse ; elle éprouve constamment dans le flanc droit une gêne, un malaise sur lesquels son esprit est incessamment fixé. Après avoir examiné la région malade, nous ne saisissons rien qui nous explique la sensation accusée par la malade. Tout à coup la malade nous dit en pleurant qu'elle mourra bientôt, qu'elle sent très distinctement que ses entrailles vont s'échapper à travers ses parois abdominales entr'ouvertes. Le médecin se garda bien de combattre cette idée de front ; il dit à la malade qu'en effet les muscles de l'abdomen présentaient chez elle un léger écartement, mais que cela n'était pas rare et qu'il suffisait parfaitement, pour remédier à cet affaiblissement de la paroi abdominale, de porter une ceinture convenable. Mademoiselle H..... porta une ceinture, et aussitôt toutes ces terreurs qui empoisonnaient sa vie disparurent, et, ce qui est très remarquable, la constipation opiniâtre qu'elle avait depuis longtemps cessa également. (Abrégé du *Bulletin de thérapeutique*, t. XXII, p. 206.)

Obs. VIII. — *Tempérament nerveux, hépatite, hypochondrie ; mort.* — M. M..... était d'un tempérament nerveux très impressionnable. Bon, rempli de vivacité et d'une imagination active, il se livrait aux occupations de son commerce avec beaucoup de zèle. Il se maria à trente et un ans. Tout lui avait souri jusqu'alors. La souffrance produisait

par un embarras passager de la parole, de l'engourdissement d'un membre, etc. J'ai vu mourir d'une congestion cérébrale un magistrat en proie à une hypochondrie qui durait depuis plus de dix-huit mois. C'est seulement après la mort de ce malade que j'ai appris qu'il avait un frère épileptique. Il y a donc, à mon avis, des rapports assez étroits entre l'hypochondrie et les affections organiques du cerveau, et l'on doit assez souvent s'attendre à voir apparaître les phénomènes d'apoplexie et de paralysie signalés ici par M. Griesenger. (B.)

en lui deux effets bien différents : tantôt il la supportait avec force et courage ; tantôt il s'affectait vivement de la moindre chose, se tourmentait d'une niaiserie, la tournait et retournait dans tous les sens d'une manière pénible, sans que cela eût porté aucune atteinte apparente à sa santé.

Un an après son mariage, il fut atteint d'une hépatite aiguë très intense. Le foie dépassait les fausses côtes au moins de quatre travers de doigt. (18 sangsues à l'anus.) La résolution de l'organe enflammé s'opéra, mais à mesure qu'on le voyait revenir à son volume ordinaire, la sensibilité du malade s'accrut, un rien l'impatientait, tout était pour lui une cause de souffrance et d'agitation. Les réflexions les plus sinistres vinrent l'assiéger au sujet de sa maladie de foie. Il commença à s'occuper des obstructions et des squirrhes, et il entrevit un avenir de douleurs. Cependant la guérison fut complète. Seulement sa susceptibilité nerveuse, devenue plus grande, le rendit souvent bien malheureux, parce qu'il exagérait prodigieusement tout ce qu'il éprouvait ou tout ce qu'il méditait qu'il pourrait éprouver, et son caractère devint inégal ; parfois gai comme à son ordinaire, il était d'autres fois quinteux et bourru, et cela sans cause connue. Les changements de température avaient une grande influence sur lui ; dans ses moments d'humeur noire, il souffrait dans toutes les parties du corps, plus ou moins, selon qu'il y arrêtait son attention. Mais il éprouvait dans l'hypochondre droit une douleur presque permanente et qu'il attribuait au foie ; la digestion était souvent dérangée, et il avait un battement prononcé à l'épigastre. Il se croyait alors atteint d'une gastrite mortelle. Un chatouillement qu'il avait dans la gorge, avec une petite toux sèche ou un raclement quelquefois assez violent, amenant quelques mucosités, éveilla chez lui l'idée qu'il était poitrinaire ; il se mit à lire quelques livres de médecine, et se croyait atteint de toutes les maladies qu'il lisait. Cependant il convenait quelquefois que ce qu'il disait n'avait aucun fondement, et il eut souvent des mois entiers de calme.

En 1831, M. M..... fut atteint d'une fièvre muqueuse grave qui s'accompagna d'une grande irritation nerveuse et d'une violente douleur dans l'épaule droite. Le malade était déjà guéri qu'il accusait des douleurs plus vives et plus souvent réitérées. Une certaine amélioration était interrompue constamment par de nouvelles souffrances et de nouvelles craintes qui amenaient bientôt un amaigrissement plus grand.

Quelque temps après, il ressentit des douleurs dans les régions lombaires, et une sensation de brûlure dans l'urèthre et la vessie qui lu; donnèrent l'idée qu'il était atteint d'un catarrhe vésical ou d'un calcul; de fait, il rendit plusieurs petits graviers. Sans cesse occupé de ses souffrances, il les exagérait par l'attention qu'il leur prêtait, par l'analyse

qu'il en faisait; son caractère devint de plus en plus irritable; il n'eut presque plus de moments de calme: tantôt il se livrait à une sorte de rage et de désespoir; le plus souvent il se laissait aller à un accablement sombre, dans lequel il se peignait une fin prochaine et toujours par l'une des cinq maladies qu'il s'imaginait avoir tour à tour. Son caractère ainsi fut tout à fait bizarre et fantastique; rien ne lui plaisait, tout le révoltait, les soins les plus empressés étaient souvent les plus mal reçus, et parfois il pleurait sur le malheur qu'il avait d'être ainsi; il demandait pardon à sa femme de tout le mal qu'il lui faisait, puis il en concluait qu'elle ne devait plus l'aimer, et c'étaient de nouveaux sujets de tourments.

Il se retira du commerce. Toujours occupé de ses souffrances, il exagérait de plus en plus l'irritabilité nerveuse qui les lui occasionnait. Il consulta tous les médecins qu'on lui indiqua; le désir qu'il avait de guérir lui faisait accueillir avec empressement tout ce qu'on lui prescrivait; leur inefficacité bientôt reconnue le plongeait dans des souffrances plus grandes; ses heures d'espérance s'évanouissant toujours, excitaient sans cesse son imagination déçue et exaltaient ses nerfs malades et sa souffrance. Enfin l'état de dépérissement faisait des progrès. En 1834, il fut atteint d'une nouvelle fièvre muqueuse, pendant laquelle il fut pénible au delà de ce qu'on peut se figurer; il se rétablit cependant, mais sans aucune amélioration de ses souffrances nerveuses. Toujours tourmenté par ses idées, il se mit sérieusement en tête qu'il avait la pierre et vainement on lui démontra le contraire. Il persista et fit venir un lithotriteur célèbre de Paris; les examens auxquels on se livra irritèrent le canal de l'urèthre et la vessie, et au bout de quelques jours le malade mourut. L'autopsie ne fut pas faite. (Brachet, *De l'hypochondrie.* Paris, 1844, p. 29.)

Obs. IX. — *Ébranlement de la constitution et hypochondrie par cause morale; guérison par suite d'une passion satisfaite.* — Madame ***, âgée de vingt-six ans, et d'une sensibilité très grande au physique comme au moral, était mère de trois enfants. Sa santé était bonne, lorsque les assiduités et les prévenances d'un ami de son mari trouvèrent le chemin de son cœur. Pénétrée de l'idée de ses devoirs, elle résista aux séductions d'une coupable passion. Elle renferma son secret dans son sein et personne ne sut ce qui se passait en elle, pas même celui qui avait fait naître un sentiment si violent. Cette contrainte altéra sa santé, des palpitations avec un sentiment de plénitude dans la poitrine se manifestèrent. Différents spasmes indéterminés eurent lieu dans différentes parties du corps. L'appétit se perdit, l'estomac devint douloureux, des points se firent sentir dans la poitrine. A ses sensations réelles, au sentiment qui la consumait, se joignirent les idées les plus bizarres et les plus graves sur sa santé. Elle se figura successivement avoir plusieurs maladies, tantôt un anévrysme, tantôt un squirrhe de

l'estomac, tantôt et le plus souvent une phthisie pulmonaire. Soit par l'effet du retour plus fréquent de cette idée, soit parce que la réaction de l'imagination sur les poumons fut plus intense, ces deux organes se prirent de la manière la plus inquiétante. De l'oppression, de la toux, une expectoration abondante, un mouvement de fièvre continuelle, des sueurs nocturnes, tout fit croire à l'affection tuberculeuse, et les médecins de la ville qu'elle habitait dans le Nord l'engagèrent à se transporter dans le Midi. Elle se rendit à ces sages conseils ; elle voulut passer par Lyon, afin d'y voir quelques parents.

On me fit appeler le jour de son arrivée, et je la trouvai dans un état d'autant plus déplorable, qu'à son dépérissement physique déjà bien avancé elle joignait l'imagination la plus sérieusement malade. Les souffrances qu'elle éprouvait étaient atroces selon elle : c'était une pointe de fer rouge qu'on lui enfonçait dans les chairs, c'étaient des fibres tiraillées une à une avec des tenailles, et, d'un autre côté, elle se plaignait à peine de l'organe qui paraissait le plus gravement compromis, du poumon. Je portai le même pronostic que ses médecins ordinaires, et comme eux je pensai que le séjour dans le midi de la France pouvait, sinon guérir une maladie organique qui paraissait déjà bien avancée, du moins en ralentir les progrès. Je pensai surtout que le voyage et le changement de climat et d'habitudes pourraient faire diversion à ses maux, en lui procurant de nouvelles sensations et de nouveaux sujets d'étude et d'observation, et par conséquent de la distraction.

Madame *** partit deux jours après. Elle demeura six mois dans le Midi. Ce long séjour n'améliora son sort ni au physique ni au moral : elle en revint comme elle y était allée. Si l'affection pulmonaire ne paraissait pas avoir fait de progrès, son imagination paraissait beaucoup plus rembrunie. Ses idées me parurent beaucoup plus disposées à tout voir en mal ce qu'elle éprouvait.

De retour à Paris, son état parut empirer. Elle revit la personne qu'elle affectionnait. Cette dame, qui jusque-là avait résisté à la séduction, succomba. Ayant alors perdu une vertu dont elle était si fière, elle ne garda plus aucune mesure ; elle abandonna son mari et ses enfants; et s'enfuit avec son séducteur. Je la vis six mois après, elle n'était plus reconnaissable. La beauté, la fraîcheur et l'embonpoint avaient pris la place d'un état voisin du marasme. Il n'y avait plus ni toux, ni expectoration, ni palpitation, ni maux d'estomac, ni douleurs, ni maladie imaginaire. La passion satisfaite et le plaisir avaient ramené la santé et dissipé les idées noires et l'hypochondrie. (Brachet, *De l'hypochondrie*, p. 69.)

OBS. X. — *Hypochondrie produite par une cause morale et entretenue par la superstition; guérison par le traitement moral.* — A. M....., femme active et laborieuse, mais très bornée, se blessa au

bras en tombant; un berger qu'elle consulta lui dit que « les vaisseaux de son bras étaient trop considérablement dérangés pour qu'il pût la guérir complétement »; elle consulta ensuite un médecin, mais qui ne la guérit pas; il lui vint alors l'idée qu'elle pouvait avoir un vaisseau brisé dans le bras, et que, comme il lui manquait un vaisseau, elle ne pourrait plus jamais se servir de son membre.

Cette idée triste la poursuivait constamment; elle était désolée, et comme elle se plaignait à ses amis de son malheureux sort, on lui conseilla d'appliquer, sur la blessure où son vaisseau avait été blessé, une patte de grenouille qu'elle jetterait ensuite à la rivière. Quand elle l'eut fait, le bruit de la rivière lui resta dans les oreilles. Sa tristesse alla dès lors en augmentant beaucoup; elle croyait que toutes ses souffrances étaient une punition de Dieu, parce qu'elle n'avait pas assez prié dans son enfance, et elle se plaignait que son père ne l'avait pas forcée à prier davantage; pour réparer sa faute, elle priait jour et nuit.

Son fils, âgé de vingt-trois ans, qui menait une conduite exemplaire et qui lisait des livres ascétiques, soigna sa mère avec tant de zèle, que ses amis, inquiets de sa santé, cherchèrent à le distraire un peu. Comme il était extrêmement timide, une fille alerte et éveillée le prit fortement par le bras pour le faire asseoir. Le bras lui faisait un peu mal quand il rentra chez lui, et sa mère, en se lamentant, lui fit remarquer qu'il lui était arrivé la même chose qu'à elle, et qu'il avait aussi un vaisseau brisé. Le lendemain matin, il souffrait réellement beaucoup plus, et il croyait qu'il pouvait moins bien se servir de son bras que la veille; de jour en jour cette idée devint plus forte; il cessa alors de travailler, assurant qu'il lui manquait un vaisseau dans le bras, et que, par conséquent, il lui était impossible de rien faire avec ce membre. La mère et le fils n'étaient occupés qu'à prier.

A force de se creuser la tête, le fils vint à penser que, comme les vaisseaux des deux bras communiquent ensemble, son autre bras devait être atteint aussi, et de fait il se crut dans l'impossibilité de s'en servir; au bout d'un an, il était tombé dans un tel état d'apathie, qu'on fut obligé de l'habiller, de le déshabiller et de le faire manger. La mélancolie et les idées religieuses de la mère augmentèrent aussi; quand elle allumait du feu, elle croyait que c'étaient les flammes de l'enfer qu'elle allumait pour elle-même, etc., et le chagrin la dominait tellement, qu'elle voulait s'ôter la vie. Ce qui éloignait le fils de l'idée de se laisser mourir de faim, c'étaient seulement les bons conseils d'un ecclésiastique.

Je trouvai ces deux individus livrés à leur unique occupation, en train de prier; le fils avait les deux bras pendants le long du corps, les mains et les doigts étendus. Il se plaignit de ne pas pouvoir me donner la main, parce qu'il lui manquait un vaisseau dans les bras. Il me montra

l'endroit, et après l'avoir bien examiné, je lui dis qu'effectivement il lui manquait dans cet endroit précisément un vaisseau, mais je lui donnai l'assurance que je le guérirais.

Je promenai alors à plusieurs reprises mes doigts dans la direction qu'il m'indiquait, puis le saisissant brusquement à l'ongle du pouce, je coupai rapidement l'ongle avec une petite portion de chair, de façon à le faire saigner, puis je me remis à frotter vigoureusement son bras avec mes mains; il s'écria alors : « Grâce à Dieu, mon vaisseau est revenu. » — Pour le convaincre que déjà ce vaisseau fonctionnait, je lui montrai le sang qui coulait. Et aussitôt je le forçai à faire quelques mouvements.

Mais comme sa mère disait qu'il n'était pas encore possible que son fils fût guéri, parce qu'il portait encore des signes de damnation (de la crasse noire sur la poitrine), on lava aussitôt cette crasse et l'on nettoya la peau. Alors le fils, après quelques nouvelles exhortations de l'ecclésiastique, donna la main aux personnes qui l'entouraient, se déshabilla et se rhabilla lui-même, et dès le lendemain il reprit son travail de batteur de blé. La mère elle-même, lorsqu'elle fut bien certaine que son fils était bien guéri, redevint bientôt laborieuse comme par le passé; tous deux sont guéris au physique et au moral. (Berlyn, in Nasse *Zeitschr. für psych. Aertze*, 1819, p. 363.)

OBS. XI. — *Maladie du cœur, hypochondrie; plusieurs opérations simulées sans résultat appréciable; état fébrile. Guérison; rechute.* — Lucie M....., âgée de cinquante ans, sans disposition héréditaire à la folie, chlorotique à l'âge de quatorze ans, mariée à l'âge de vingt-deux (deux fausses couches et huit enfants). Pendant sa deuxième grossesse, elle eut de violents maux de tête et des vertiges accompagnés de délire; ces symptômes ne disparurent entièrement qu'à l'époque de l'accouchement. Depuis vingt mois, elle est sur son retour d'âge. En 1839, elle est prise de malaise général, de picotements à l'estomac, de battements dans tout le corps, avec accidents nerveux. Peu de temps après son entrée à l'hôpital, elle se rappelle tout à coup qu'elle a bu, il y a plusieurs mois, à une fontaine dont la surface était parcourue par trois araignées. Dès ce moment, elle est convaincue qu'elle les a avalées; l'agitation la plus grande s'empare d'elle, et c'est dans cet état que, le 11 février 1840, elle entre dans l'asile des aliénés de Tours.

La malade se plaint d'éprouver des fourmillements et des démangeaisons partout, des picotements et des battements dans la gorge, dans l'estomac, dans le ventre et dans les membres; elle a des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, des vertiges, des rêves bizarres. Les raisonnements sont bien suivis et ses réponses sont justes; mais, dès qu'elle s'abandonne aux aberrations de son délire, elle s'anime, s'exalte, et alors

ce ne sont plus seulement des araignées qui la dévorent intérieurement, c'est le diable, ce sont des serpents, des bêtes de toute sorte qui la rongent et la déchirent. Légère hypertrophie avec souffle au premier temps; pouls dur. (Préparations calmantes, digitale.) La malade se tourmente continuellement et désespère de pouvoir jamais guérir. (Gomme-gutte.) On glisse adroitement dans ses garderobes des araignées que la malade y découvre, mais elle objecte aussitôt que ce sont des mères, qu'elles ont laissé des petits et qu'elle les sent remuer dans son ventre. Quatre jours après, le même moyen, employé de nouveau, a le même résultat; la malade assure que ses araignées se multiplient sans cesse et qu'elle en a maintenant depuis les pieds jusqu'à la tête. Quiconque essaye de lui démontrer son erreur profonde, reçoit de sa part les plus rudes apostrophes et les plus violentes menaces.

On propose alors à la malade une opération qui aura pour résultat infaillible de la débarrasser de ses araignées. Elle l'accepte avec joie, soupire après le moment de l'opération et parle de sa guérison avec espoir et confiance. Tout est disposé avec une certaine solennité pour frapper l'imagination de la malade, et, en présence de plusieurs médecins, on pratique une petite incision sur la peau du dos; on laisse quelques-unes des araignées que l'on avait préparées *ad hoc* courir sur le lit, et l'on dit à la malade que ce sont celles qu'on lui a retirées; elle répond qu'elle les a parfaitement senties sortir de son dos et se réjouit du résultat. Mais le délire persistant, on est obligé de revenir à plusieurs reprises à ces petites incisions, pratiquées sur différentes parties du corps. Une fièvre intermittente se déclare; on administre le sulfate de quinine et des antispasmodiques.

Lucie est toujours fort agitée; elle éprouve des douleurs insupportables dans tout le corps, et demande instamment une nouvelle opération; une fois, elle se jette par la fenêtre, mais sans se faire de mal; une autre fois, elle essaye de s'étrangler. Enfin, un jour, on lui déclare qu'elle n'a plus d'araignées dans l'estomac, et pour l'en convaincre on fait deux nouvelles incisions, on lui passe la sonde œsophagienne et on lui donne des purgatifs. Le 9 septembre, la malade attribuait encore à la présence des araignées plusieurs phénomènes physiologiques, tels que les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, les battements des artères, etc., mais elle ne tarde pas à se laisser convaincre que tout cela se passe chez elle comme chez les autres personnes. Vers cette époque, il survient de la fièvre avec céphalalgie et bourdonnements d'oreilles; mais, le 18 septembre, tout a disparu, et, à dater de ce jour, la malade est calme, gaie, expansive, reconnaissante et s'occupe à la cuisine. La nouvelle de la mort de son mari, qu'on lui apprend maladroitement, lui cause beaucoup de peine, mais ne dérange en rien ses facultés intellec-

tuelles. — Mais pendant l'hiver suivant, qui fut très rude, la malade, se trouvant dans la misère, luttant contre le froid et la faim, retomba; elle avait de violentes palpitations, elle était très agitée, et, dans ses accès de fureur, elle voulait se tuer. Cette fois, la malade ne fut pas traitée suivant sa croyance; l'isolement, les affusions, les douches, les narcotiques et les purgatifs amenèrent à la longue la convalescence. (Abrégé de Charcellay, *Ann. méd.-psych.*, 1843.)

CHAPITRE II.

MÉLANCOLIE PROPREMENT DITE.

§ 116. — *Anomalies des sentiments, des penchants et de la volonté.* — Dans beaucoup de cas, après être resté plus ou moins longtemps dans un état de malaise moral et physique vague, souvent accompagné d'hypochondrie, d'abattement et d'agitation, parfois avec sensation de l'imminence de la folie, le malade est toujours de plus en plus dominé par un état de douleur morale qui persiste d'elle-même, mais que chaque impression morale extérieure vient encore augmenter. C'est là le trouble psychique essentiel dans la mélancolie, et, pour le malade même, il consiste dans un sentiment de malaise moral profond; il sent qu'il est incapable d'agir, que ses forces sont évanouies; il est triste, abattu, il a complétement perdu le sentiment de lui-même. Dès que cet état du *sensorium* a atteint un certain degré, il a pour le malade les conséquences les plus graves et les plus étendues.

L'humeur prend un caractère tout à fait négatif (répulsion); comme toutes les impressions, même les plus légères et qui naguère s'harmonisaient le mieux avec leur esprit, provoquent maintenant chez eux de la douleur, les malades ne peuvent plus se réjouir de rien, même des événements les plus heureux, tout au contraire les affecte d'une façon désagréable, et tout ce qui se passe autour d'eux leur devient une nouvelle source de douleur. Tout les contrarie, ils sont aigres, irritables, la moindre chose les met de mauvaise humeur, et alors, ou bien ils réagissent en manifestant constamment leur mécontentement, ou bien, et cela est plus fréquent, ils cherchent à se soustraire à toutes les impressions du dehors, ils fuient la société, ne s'occupent à rien et se concentrent en eux-mêmes. Cette disposition à nier tout, à être mécontent de tout, se traduit généralement par une aversion pour les personnes qui les entourent, leur famille, leurs amis, etc., aversion qui va souvent jusqu'à la haine, et par un changement complet (en mauvaise part) dans le caractère.

Il est assez fréquent de voir, chez des individus jouissant en apparence d'une bonne santé (chez les femmes particulièrement), un état semblable, mais tout à fait chronique, de perversion habituelle des sentiments, de méchanceté capricieuse, avec tendance à tout nier, à trouver tout mauvais, et il est très rare qu'on les considère comme étant le fait de la maladie, bien qu'il se distingue par une foule de points des mauvaises dispositions du caractère, provenant d'une autre cause, que l'on observe à l'état normal : et d'abord, il est souvent déterminé par une maladie facile à constater, il présente fréquemment des rémissions qu'aucun motif normal n'explique, et parfois le malade lui-même se sent poussé malgré lui à résister à sa conscience et à sa volonté, il sent que cette mauvaise disposition qui l'anime n'est pas justifiée.

On trouve assez souvent dans la mélancolie simple un état du sensorium tout à fait analogue à celui que nous avons décrit dans l'hypochondrie, dans lequel les objets du monde extérieur, en tant qu'ils arrivent jusqu'à notre conscience par l'intermédiaire des impressions des sens, sont bien saisis et bien distingués, mais ils déterminent une impression tout autre que celle qu'ils produisaient jadis, et dont les malades intelligents et instruits se rendent seuls compte. « Il me semble bien, disent ces mélancoliques, que tout ce qui est autour de moi est encore comme jadis, cependant il doit aussi s'être fait quelques changements ; les choses ont encore leurs anciennes formes, je les vois bien, et cependant elles ont aussi beaucoup changé, etc. » Cette confusion que fait le malade entre ce changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui et leur changement objectif ou réel est le commencement d'un état de rêve dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complétement évanoui, a disparu ou est mort, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire, au milieu duquel il est tourmenté de se trouver.

Au commencement, le malade sent très bien le changement qui s'est produit dans son existence morale, dans tous ses penchants et dans ses affections ; quelquefois il cherche encore à le dissimuler, et quand on lui demande le motif de sa conduite bizarre, cela le fatigue et l'importune. Il sent que la participation qu'il prenait jadis à tout ce qui est digne et estimable se transforme progressivement en indifférence et en répugnance profonde, il se plaint lui-même que ses sensations ne sont pas naturelles, qu'elles sont perverties ; et quand son pessimisme s'est épuisé à chercher le mauvais côté des choses du monde extérieur, un nouveau sujet de douleur et de plaintes pour lui, c'est qu'il ne peut plus se réjouir de rien et qu'il est obligé de tout nier. Les impressions inusitées que font sur lui les choses du monde extérieur l'étonnent, le chagrinent, l'effrayent ; il se sent déchu de la communauté des hommes dont il faisait jadis partie,

et ce sentiment d'isolement, de la position exceptionnelle dans laquelle il se trouve, limite encore davantage toutes ses idées sur sa propre personnalité, et fait qu'il rapporte encore plus tout à lui-même. Enfin ce même sentiment engendre en lui la méfiance, le soupçon, l'anxiété : il craint tous les malheurs possibles; quelquefois il devient hostile, agressif; plus souvent il fuit le monde, parce qu'il se sent désarmé et impuissant et se concentre en lui-même.

Au début, ce qui tourmente le plus le malade, c'est la sensation du changement qui s'est produit dans son individualité, c'est le vague et l'obscurité de cette modification survenue dans ses sentiments. Quelquefois il se tient bien lorsqu'on lui démontre que ses craintes sont absurdes, que ces idées qui l'importunent et l'agitent sont fausses, ou encore quand il a intérieurement conscience de son état. Mais dès qu'il sent qu'il lui est impossible de sentir, de penser, d'agir autrement qu'il ne le fait, qu'il ne peut pas résister, et que tout effort de résistance est inutile, cet assujettissement du moi (§ 22) lui donne la sensation qu'il est dominé par une influence étrangère, qu'il est obligé de s'y abandonner sans résistance ; ce qui l'amène à penser qu'il est soumis à une puissance sinistre, qu'une influence mystérieuse dirige ses pensées, qu'il est possédé, etc.

L'entrave dans l'effort de volition, qui constitue un des troubles fondamentaux de la mélancolie, se traduit par l'inaction ; le malade cesse toute occupation ; il doute, il balance toujours, il est irrésolu, il n'a pas de volonté. A un degré plus élevé, cet état se manifeste par un véritable engourdissement, par la stupeur, aucune impression n'étant suivie d'une réaction de la volonté; à un degré moindre, il se révèle par la lenteur, l'uniformité, l'hésitation des mouvements et des actes, par le sentiment qu'a le malade de son incapacité de se livrer à aucun travail intellectuel; il garde le lit, etc.

Souvent c'est un sentiment d'anxiété, qui semble partir de l'épigastre et de la région du cœur, et de là monter vers la tête. « C'est ici, disent beaucoup de ces malades, et ils indiquent le creux de l'estomac, c'est ici comme si j'avais le poids d'une pierre. — Ah ! si l'on pouvait me l'enlever ! etc. » Cette anxiété augmente parfois jusqu'à constituer un état insupportable, jusqu'à désespérer le malade et à dégénérer en accès de manie. En outre, cet état revêt une foule de formes différentes, suivant le caractère antérieur du malade, suivant la nature des causes morales qui ont amené la maladie, suivant les anomalies du corps qui l'accompagnent, etc. ; tantôt les gestes et la tenue du mélancolique expriment la peine, le chagrin, une douleur muette ; le malade est concentré, renfermé en lui-même, il est sombre, passif; tantôt il se plaint à haute voix, il pleure, il se tord les mains, il est en proie à une agi-

tation extrême, ou bien il est d'une indocilité et d'un entêtement que rien ne peut dompter, ou enfin il est poussé à se détruire lui-même.

Il y a des mélancoliques qui sont mécontents de tout, qui trouvent tout mauvais et défectueux; d'autres, pour qui tout est indifférent parce que le sentiment de leur propre malheur et de leurs maux les absorbe complétement; d'autres enfin disent que « pour eux tout est trop bon et qu'on ne saurait jamais assez mépriser une créature telle qu'eux. »

Tous ces changements dans l'humeur des mélancoliques sont généralement, à leur période initiale, sans aucun motif, et ne dépendent pas de certaines conceptions délirantes déterminées ; aussi le malade ; à cette époque, est-il incapable de rendre compte du motif de l'état dans lequel il se trouve. « J'ai peur, disent ces malades,—pourquoi?—Je ne sais pas, mais j'ai peur. » (Esquirol.) Et de là on peut s'attendre, comme l'observation le démontre et le confirme, que les exhortations, les soins affectueux, le raisonnement, n'ont aucune influence sur cet état de dépression engendré par la maladie cérébrale, et que les idées que provoque cet état doivent avoir une origine interne subjective et partant un caractère d'irréfutabilité qui les rend inaccessibles aux rasionnements et qui permet tout au plus au malade de passer d'une idée triste à une autre idée de même nature.

§ 117.—*Anomalies de l'intelligence.*—La concentration douloureuse de l'esprit supprime la vivacité et le mouvement normal de la pensée. Peu d'idées occupent le malade d'une manière permanente, il n'exprime guère que des plaintes monotones sur lui-même, sur le changement qui s'est produit en lui, sur quelques événements survenus à l'époque du début de sa maladie, etc. La tendance aux communications intellectuelles est d'ordinaire considérablement diminuée; le malade reste souvent complétement muet, ou bien il parle timidement, avec hésitation, tout bas, et en s'interrompant souvent. Un mélancolique que j'ai observé garda pendant plusieurs années un silence absolu; il ne manifestait la disposition d'esprit qui le dominait que par sa physionomie, qui exprimait l'anxiété et la tristesse ; en pleurant de temps à autre et en se tordant les mains. Dans d'autres cas le malade se lamente constamment, pousse des gémissements, se répand sans cesse en prières et en supplications, mais toujours sur le même sujet; malgré la monotonie extraordinaire de sa vie intellectuelle, le malade n'éprouve jamais d'ennui.

En outre de ce changement dans la forme de la pensée, on observe de fausses pensées et de faux jugements en rapport avec la disposition d'esprit actuelle du malade. Par exemple, il sent qu'il est plongé dans un état d'inquiétude morale semblable à celui que doit éprouver un criminel après avoir commis un forfait; il croit lui-même avoir commis un crime, et il ne peut plus dominer cette pensée. Mais comme dans son

souvenir il ne trouve pas de crime, il s'en prend alors à un événement insignifiant où il a commis une petite faute, une petite légèreté (ou peut-être même il n'en a commis aucune), et de cet événement il fait le sujet de son délire, et lui attribue l'état dans lequel il se trouve actuellement et les craintes qu'il a pour l'avenir. Ou bien il se sent constamment en proie à un tourment indéfini, il se croit persécuté par des ennemis; tantôt il croit réellement être persécuté, entouré d'ennemis, de complots mystérieux, d'espions, et comme il rapporte tout à lui-même, la chose la plus futile entretient constamment son délire.

Ou bien le malade, qui nourrissait antérieurement des idées religieuses, sent combien, même sous le rapport de ce cercle d'idées, il a profondément changé, combien cet état d'inquiétude et d'agitation le rend incapable de recueillement, et que par suite de cela il ne peut plus prier, ou, quand il essaye de le faire, il est aussitôt assailli par des idées lugubres, négatives; il sent que l'église, de même que tous les objets extérieurs, ne fait sur lui que des impressions pénibles; il voit donc qu'il est dans une position exceptionnelle, comme un réprouvé que Dieu repousse et abandonne au diable et à la damnation éternelle ; bientôt il croit avoir effectivement commis des fautes, des péchés nombreux, avoir négligé ses devoirs, etc. : on voit donc que le hasard fait souvent que le malade s'en tient précisément à telle ou telle idée, et la répète constamment comme une idée fixe ou à demi fixe.

Quoi qu'il en soit, tous ces délires mélancoliques ont le même caractère essentiel, c'est que les malades sont passifs, souffrent, sont dominés, sont soumis à une puissance invincible. Mais il est facile de voir, d'un autre côté, combien le sujet sur lequel ils roulent doit varier suivant le degré d'éducation et le caractère de chaque individu, suivant les événements antérieurs de sa vie et suivant les impressions qu'il a eues accidentellement. Le même sentiment qu'éprouve le malade d'avoir perdu tout empire sur lui-même, et d'être soumis à des sensations et à des idées étranges et bizarres; ce sentiment, dis-je, qui fait que le paysan superstitieux se croit ensorcelé, peut éveiller chez un individu plus instruit l'idée qu'il est sous l'influence mystérieuse d'autres hommes, qu'on agit sur lui à l'aide de l'électricité, du magnétisme, de la chimie, etc. L'un croit qu'il a perdu tous ses biens les plus chers, ses enfants, ses parents, sa fortune; il le croit, et redoute que la misère ne l'amène à mourir de faim avec sa famille. Un autre s'imagine qu'il est ruiné dans ses affaires, qu'il a perdu son emploi, qu'il est mêlé dans les affaires criminelles les plus graves, et se plaint d'avoir réduit sa famille à la pauvreté et à la mendicité, etc. D'autres fois le malade, quand il sent le changement qui s'est produit dans toute sa manière de ressentir les choses et l'impossibilité de prendre part comme jadis aux affaires et aux occupations du monde, se

figure qu'il ne peut plus être un homme, qu'il doit être devenu animal, ou même qu'il est changé déjà en bête. De même que le changement dans la manière d'envisager la vie et dans les mœurs donne en général à la folie une expression et une teinte différentes, tandis que les sensations naturelles restent toujours les mêmes, et que les conditions générales de l'amour, des biens de famille, de l'amitié, etc., constituent dans tous les temps les matériaux qui intéressent toujours aussi vivement le cœur humain, de même le délire mélancolique a présenté à différentes époques des expressions différentes. Toutefois les lésions fondamentales du sensorium sont toujours identiques, que le mélancolique croie, comme dans l'antiquité, qu'Atlas, fatigué de son fardeau, pouvait faire tomber sur la terre la voûte des cieux; qu'il croie, comme au moyen âge, aux sorciers, aux revenants et aux loups-garous; ou bien qu'à notre époque il se figure qu'il est recherché par la police, ou qu'il a fait de grandes spéculations désastreuses, etc.

Quant à la manière dont se produit ce délire, nous l'avons déjà signalée plusieurs fois. Le malade se sent en proie à la tristesse; or il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses; de plus, la loi de causalité exige que cette tristesse ait un motif, une cause, et avant qu'il s'interroge à ce sujet, la réponse lui arrive déjà : ce sont toutes sortes de pensées lugubres, de sombres pressentiments, des appréhensions, qu'il couve et qu'il creuse jusqu'à ce que quelques-unes de ces idées soient devenues assez fortes et assez persistantes pour se fixer au moins pendant quelque temps. Aussi ce délire a-t-il le caractère de tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état.

Au début, et même, dans certains cas, pendant toute la durée de la mélancolie, il peut ne pas y avoir de délire proprement dit; les malades apprécient avec beaucoup de justesse leur état et les choses du monde extérieur; ils analysent leurs sensations avec beaucoup de pénétration, ils désirent ardemment s'y soustraire, mais ils en sont incapables (1).

(1) L'existence d'une forme de mélancolie dans laquelle on ne peut constater aucun délire ne me paraît pas douteuse. La dépression intellectuelle et morale, avec tous ses symptômes, se présenter en effet sans qu'il existe des conceptions délirantes, des hallucinations ou quelque désordre dans les actes. Ces malades sont inertes, prostrés, profondément découragés; mais ils affirment, après leur guérison, qu'ils n'avaient aucune idée délirante. Plusieurs déclarent seulement qu'ils craignaient de ne pas guérir et de rester toujours dans l'incapacité où ils se trouvaient.

Esquirol, sans distinguer cette forme de mélancolie, l'a cependant observée, comme le prouvent les extraits suivants de son ouvrage : « Il est, dit-il, des individus qui, à la suite de causes physiques ou morales variables, tombent dans l'affaissement physique, dans le découragement moral..... Ils ne font point de mouve-

Parmi les cas de mélancolie très marquée, il y a une distinction importante à faire, à savoir, si les malades sont dans un état de rêve profond, ou bien si leurs rapports avec le monde extérieur sont tout à fait comme dans l'état de veille. Les cas de la première catégorie surviennent ordinairement d'une façon plus aiguë, ils se rapprochent de la mélancolie avec stupeur et sont en général d'un pronostic plus favorable que ceux de la seconde catégorie, qui d'ordinaire se développent lentement et ont une marche plus chronique. Les premiers peuvent se terminer promptement, comme si le malade se réveillait tout à coup; les derniers, jamais.

§ 118. — *Anomalies de la sensibilité et du mouvement.* — Ces anomalies sont fréquentes dans la mélancolie ; ce sont, d'une part, ces sensations (dont nous avons parlé § 49) de vide dans la tête, de mortification de la tête, d'un membre ou même de tout le corps; et, d'autre part, ces sensations pénibles de toute la surface de la peau, qui font croire aux malades qu'on les électrise ; ou bien encore l'hyperesthésie de la vue et de l'ouïe (tremblement, tressaillement au moindre bruit; c'est peut-être là une cause fondamentale de la *panphobie*).

La folie sensoriale proprement dite, les hallucinations et les illusions, ont tout à fait le caractère et le cachet de la disposition douloureuse de l'esprit. Le malade voit les préparatifs de son supplice, il entend les

ments, ils aiment à rester couchés ou assis; ils s'impatientent lorsqu'on veut leur faire faire de l'exercice; ils abandonnent leurs occupations ordinaires, négligent leurs devoirs domestiques, sont indifférents pour les objets de leurs affections; ils ne s'occupent plus d'affaires; ils ne veulent ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire; ils redoutent la société, et surtout les importunités auxquelles cette maladie les expose. Affligés de cet état, ils ont des idées noires .....; ces malades ne déraisonnent pas, etc. » (Tome I, page 556.)

Guislain a plus qu'aucun auteur insisté sur l'existence de cette forme de la mélancolie, qui, dit-il, peut exister « sans le moindre écart de l'intelligence et quelquefois avec une intégrité complète du moi. »

Bien qu'on doive, à mon avis, admettre ces cas de mélancolie sans délire dont on retrouve surtout le type dans la période de dépression de la folie à double forme, néanmoins il importe de se défier de certains hypochondriaques qui ont en apparence beaucoup de ressemblance avec les mélancoliques dont il est ici question, et qui cependant en diffèrent beaucoup.

Le véritable mélancolique est dans un état de dépression générale, avec affaiblissement de la voix, refroidissement des extrémités, teinte légèrement cyanosée de la peau, lenteur de la circulation, etc., etc. L'amaigrissement, chez lui, est souvent très rapide.

Rien de tout cela n'a lieu chez l'hypochondriaque, qu'une distraction peut momentanément faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance, etc. Je crois que ces cas ont été assez souvent confondus avec la véritable mélancolie.

(B.)

agents de la justice qui viennent le saisir; il se voit entouré des flammes de l'enfer; des précipices semblent s'ouvrir sous ses pas, des revenants viennent lui annoncer son jugement; il est poursuivi par des voix qui lui disent des injures et des moqueries, etc. Une jeune mélancolique que j'ai observée, vit un jour une tête de cochon sortir de son miroir et s'avancer vers elle : à partir de ce moment, elle crut pendant longtemps qu'elle était changée en cochon. Où les hallucinations sont le plus fréquentes et le plus variées, c'est dans cette forme grave de mélancolie qui est liée à une concentration complète du malade en lui-même, et à une suppression partielle de la conscience du monde extérieur (voyez plus bas, *Mélancolie avec stupeur*). Dans l'odorat et dans le goût même, on voit assez souvent des hallucinations; celles du goût, en particulier une saveur métallique, donnent souvent aux malades l'idée qu'on les empoisonne ou qu'on a jeté un sort sur leur nourriture. Les mauvaises odeurs subjectives leur font croire qu'ils sont entourés de cadavres, ou bien qu'ils sont eux-mêmes pourris, etc.

Lorsque les hallucinations apparaissent, à mesure qu'elles augmentent, le malade ne réagit plus que contre des objets imaginaires, et par suite il devient de plus en plus étranger au monde réel. Souvent elles sont pour le malade l'objet de nouvelles explications, et les idées les plus sombres et les plus absurdes d'un monde de revenants, de machines placées sous la terre et agissant sur les malades, etc., ont leur origine dans ces anomalies des sens qui souvent ne se manifestent que longtemps après le début de la maladie, ou qui même ne se traduisent jamais à l'extérieur.

Les mouvements des mélancoliques portent tout à fait le cachet de l'état de douleur morale qui les domine. Le plus ordinairement ils sont lourds, lents, ou supprimés; le malade reste volontiers au lit, ou bien il se tient toute la journée assis dans un coin, sans prendre garde à ce qui l'entoure. Souvent il se tient roide, immobile et fixe comme une statue. Dans ces cas, les membres sont roides et offrent une assez grande résistance aux tentatives que l'on fait pour leur donner une autre position, ou bien ils sont flexibles, mobiles, et souvent ils conservent la position qu'on leur donne (états cataleptiques). Les muscles de la face sont quelquefois le siége d'une contracture permanente, les traits sont fixes, les sourcils froncés, les commissures de la bouche tiraillées; tout cela, joint à la teinte généralement grisâtre, livide, de la peau, fait que les mélancoliques paraissent presque toujours plus vieux qu'ils ne sont. Le regard est souvent fixé sur la terre, ou bien les yeux sont largement ouverts et fixes, exprimant la douleur, une tension pénible de l'esprit, ou l'étonnement.

On observe un état essentiellement différent des mouvements dans cette forme de mélancolie, où l'inquiétude interne se traduit par une agitation physique (*melancholia agitans*), dans laquelle il y a souvent

intérieurement un tumulte confus des pensées, mais elles sont monotones et au fond elles ne changent pas; c'est précisément par ce manque de productivité des idées que cet état diffère de la manie. D'autres fois le malade va et vient sans cesse, pleurant souvent et se tordant les mains; souvent il manifeste un penchant à se promener à droite et à gauche en liberté, à faire de longues courses, à aller visiter ses parents, ses amis (*melancholia errabunda*). Souvent en se promenant il se tord les mains, ou bien il agite violemment ses bras en les faisant tourner. On a raison de voir, dans ces deux modes différents dont la douleur morale morbide se manifeste, les analogues des symptômes d'une émotion pénible dans l'état de santé, d'une part dans l'immobilité qui succède à la frayeur et à la consternation, et d'autre part dans l'agitation et dans la surexcitation physique que l'on observe souvent aussi sous l'influence de cette disposition d'esprit.

Les troubles de la santé physique qui existent en dehors de ce que nous venons d'énumérer, n'ont aucune valeur au point de vue du diagnostic de la folie en général ou d'une forme mentale déterminée, mais sous le rapport de l'étiologie et du traitement ils ont une importance très grande. Ces troubles ne sont pas constants et n'ont pas tous la même relation avec la folie. Tantôt ce sont des symptômes d'une maladie qui existait antérieurement, qui ont contribué pour quelque chose à la production de la maladie cérébrale (par exemple, affections artérielles); tantôt ce sont des complications accidentelles; tantôt, et ce sont les plus importantes, ce sont des symptômes de la maladie cérébrale elle-même. A ces derniers se rattachent particulièrement :

1° La diminution ou la perte totale du sommeil, de sorte que le malade passe toutes ses nuits sans dormir, ou bien qu'il se sent si peu rafraîchi par son sommeil, qu'il affirme ne pas avoir dormi (c'est là une espèce de veille intérieure prolongée, avec assoupissement des fonctions sensoriales). Il a souvent des rêves pénibles, et assez souvent aussi des hallucinations aux moments du passage de l'état de sommeil à celui de veille.

2° Sensations douloureuses dans la tête; chaleur, pression, lourdeur, vertiges, sensation de vide, d'eau, etc., dans le crâne; une absorption analogue à celle de l'ivresse, des bourdonnements d'oreilles, des sensations semblables à une aura, de légers soubresants dans les muscles; des douleurs erratiques dans différentes parties du corps, la poitrine, la colonne vertébrale, l'épigastre, etc.; insensibilité de certains points de la peau, sentiments de la privation de tel ou tel membre; enfin diminution essentielle dans les sensations sexuelles : tels sont les symptômes indiquant un changement survenu dans l'action des centres nerveux. Souvent ces sensations sont dans le rapport le plus direct avec le désordre mental. Par exemple, une fille mélancolique, âgée de trente-deux ans, que j'observai

en 1857, avait dans le côté droit du front beaucoup de douleurs névralgiques, et dans le nerf sus-orbitaire droit une sensibilité très grande. Chaque jour elle avait des accès qui commençaient par une sorte de tournoiement au-dessus de l'œil droit, puis toute la tête se prenait aussitôt; l'humeur mélancolique augmentait beaucoup, et la malade divaguait complétement.

3° Très souvent la digestion se fait mal, et, comme dans la plupart des maladies du cerveau, il y a de la constipation. Cette circonstance peut faire commettre quelques erreurs relativement à l'étiologie, faire admettre l'existence hypothétique d'engorgements, d'*infarctus*, tandis que l'observation journalière nous montre comment les choses se passent réellement, c'est-à-dire que les émotions tristes survenant même dans l'état de santé amènent avec une grande facilité des modifications secondaires dans les fonctions de l'intestin. — Quelquefois, il est vrai, surtout au début, on trouve des signes manifestes d'un catarrhe gastro-intestinal; souvent la langue est seulement chargée, et l'appétit anomal, soit nul, soit — et cela n'est pas rare — augmenté, la sensation de la satiété paraissant manquer. La gloutonnerie surprenante des malades forme quelquefois un contraste singulier, presque risible avec leur état de tristesse profonde : on les voit, par exemple, engloutir à la hâte de gros morceaux de gâteau et en même temps se lamenter sur leurs nombreux péchés, sur la perte de leur salut ou sur leurs malheurs temporels. — La sensation de pression à l'épigastre que l'on observe chez un grand nombre de ces malades paraît provenir du diaphragme ou des muscles de l'abdomen. Du reste, on ignore encore complétement ce que signifie cette sensation, et cela est regrettable, parce que souvent elle paraît entretenir le sentiment d'anxiété des malades, et qu'on pourrait espérer, en la faisant disparaître, soulager considérablement leur état. — Chez une jeune femme que j'observai en 1857 et qui, à la suite d'un traitement par l'émétique donné à larges doses (dans une pneumonie), souffrit longtemps d'un ulcère chronique de l'estomac, les accès de mélancolie aiguë avec sensation d'anxiété et des palpitations, revenaient souvent à l'occasion de la réplétion de l'estomac, d'un léger écart de régime, etc.

Le refus de nourriture, qui s'observe assez fréquemment chez les mélancoliques, et qui, lorsqu'il persiste longtemps, devient une complication fâcheuse, parce qu'il nécessite l'alimentation forcée, et que, malgré cela, la nutrition est extrêmement défectueuse, provient souvent de ce que les malades craignent d'être empoisonnés, ou encore de ce qu'ils éprouvent dans le ventre diverses sensations anomales : ils croient que leurs intestins sont fermés et qu'il n'y a plus de place pour les aliments; ou enfin de ce que la sensation de l'appétit leur manque complétement. D'autres fois ils refusent de manger parce qu'ils veulent se laisser mourir

de faim, ou bien parce qu'ils croient expier leurs fautes en ayant faim, parce qu'ils se figurent pécher en prenant des aliments, ou parce que des hallucinations, des voix leur ont ordonné de jeûner, etc. Ces idées paraissent quelquefois être provoquées et entretenues par des maladies graves de la muqueuse intestinale, et en particulier par le catarrhe aigu portant sur une grande étendue de l'intestin. Mais ce refus de manger n'est souvent aussi, comme le fait judicieusement observer M. Guislain (*Leçons orales*, t. I, p. 265), qu'une manière de faire de l'opposition, comme le refus de parler; enfin il peut encore être simplement le résultat de l'imitation. — Cette abstinence a pour résultat prochain un amaigrissement rapide; la peau se sèche, la respiration se ralentit, les garde-robes sont difficiles, l'urine est rare.

4° Chez les mélancoliques, la nutrition du corps est souvent en souffrance. Les malades maigrissent, la peau perd son éclat, sa fraîcheur, elle pâlit, se fane et se sèche. A l'état normal, on observe parfois un état analogue de la peau à la suite des émotions tristes; cependant on a fait observer avec raison, à ce propos, que la perversion des sentiments chez les mélancoliques n'amène pas un ébranlement de l'organisme aussi profond que celui que l'on verrait survenir dans l'état de santé, à la suite d'émotions aussi fortes et prolongées. Cela tient particulièrement à cette circonstance que la plupart des mélancoliques mangent plus et digèrent beaucoup mieux que ne le font des individus bien portants, mais sous le coup d'une émotion profonde; mais lorsque les malades refusent de manger et qu'on est obligé de les alimenter de force, ils tombent rapidement dans un marasme aigu, et sont souvent pris alors de maladies locales graves, mortelles (pneumonie lobulaire, gangrène pulmonaire).

5° Souvent la respiration est lente, incomplète et difficile; le malade, oppressé, cherche à faire pénétrer de l'air dans sa poitrine en poussant de profonds soupirs. Les palpitations du cœur sont très fréquentes, et c'est souvent de cet organe aussi que dépendent les sensations d'anxiété qu'éprouve le malade. Nous avons déjà parlé plus haut de ces troubles circulatoires et de leur importance au point de vue du développement et de l'entretien de la maladie cérébrale. L'état du pouls est extrêmement variable; souvent il est petit et rare; les pieds et les mains, dans un grand nombre de cas, sont constamment froids, surtout chez les mélancoliques qui restent complétement immobiles, et présentent alors une teinte cyanotique ou même plombée.

6° Les troubles de la menstruation sont assez fréquents, aménorrhée, dysménorrhée; dans certains cas aussi, avec le rétablissement des règles on voit la maladie mentale disparaître; dans d'autres, elle ne subit aucune modification, quelquefois enfin elle s'aggrave.

7° Les anomalies de la sécrétion urinaire pourraient bien être plus

fréquentes qu'on ne le suppose d'ordinaire. Malheureusement nous manquons d'études sérieuses et importantes sur ce sujet. — La sécrétion des larmes, malgré l'état de douleur morale qui domine le sujet, n'est que très rarement exagérée.

Souvent pendant la durée de la mélancolie il se développe des affections chroniques des viscères, des tubercules pulmonaires, des maladies de la peau, des catarrhes chroniques de l'intestin, etc., affections qui parfois restent latentes pendant un temps assez long. Quand les mélancoliques meurent, c'est ordinairement à ces maladies qu'ils succombent; il n'est pas rare du tout de voir la mélancolie se terminer par la mort quand les malades refusent de manger, et, dans la mélancolie avec stupeur, la terminaison fatale, en dehors de cette circonstance, s'observe parfois au milieu des symptômes d'une aggravation de l'engourdissement et de la paralysie du cerveau (quelquefois on a trouvé à l'autopsie un œdème considérable).

§ 119. — La marche des formes simples de la mélancolie est souvent très aiguë, comme par exemple dans les cas où une période tout à fait courte de perversion douloureuse des sentiments, avec anxiété profonde, précède le développement de la manie, en particulier de la manie intermittente. Mais d'ordinaire la marche de la mélancolie est chronique, avec des rémissions, plus rarement avec des intermissions complètes d'une durée variable. J'ai vu une fois, chez une femme atteinte de mélancolie profonde (elle se figurait avoir complétement perdu sa fortune et se croyait menacée de mourir de faim), un intervalle parfaitement lucide d'environ un quart d'heure, survenir sans motif appréciable, et disparaître de même brusquement. Naturellement les rémissions sont surtout fréquentes au début de la mélancolie et aussi aux approches de la convalescence.

La transformation de la mélancolie en manie, et le retour de celle-ci à la mélancolie, sont des phénomènes très ordinaires; la maladie dans sa totalité représente alors un cercle dans lequel ces deux formes mentales alternent souvent d'une façon tout à fait régulière (c'est la *folie circulaire*, sur laquelle les aliénistes français ont discuté il y a quelques années). D'autres observateurs — et je suis du nombre — ont vu des cas où régulièrement à une saison, par exemple en hiver, il survient une profonde mélancolie, puis au printemps celle-ci fait place à la manie, qui, à son tour, en automne, dégénère peu à peu en mélancolie.

Le nom de « folie circulaire » a été employé pour la première fois par M. Falret (1851), qui a également mis en relief l'extrême gravité de cette forme mentale. M. Baillarger (*Ann. méd.-psych.*, 1854) s'est efforcé de montrer que dans la folie circulaire il n'y a pas deux accès différents, l'un de mélancolie et l'autre de manie, mais que ce sont deux périodes

d'un seul et même accès de folie (se fondant principalement sur ceci, qu'il n'y a pas entre la mélancolie et la manie une rémission complète). Cet auteur donne à la maladie le nom de *folie à double forme* (1). — Dans

(1) Tous les manigraphes ont signalé la transformation fréquente de la manie et de la mélancolie, mais ils ont considéré ces cas comme constituant deux accès de maladies différentes. Ce que j'ai essayé de démontrer dans le travail cité ici par M. Griesinger, c'est que les deux prétendus accès ne sont que deux périodes d'un même accès.

L'erreur est venue, à mon avis, de ce qu'on a admis un retour complet à la raison entre la période de manie et la période de mélancolie. Si cela était exact, il est évident qu'il faudrait voir ici, comme l'a fait M. Falret, deux maladies qui se remplacent. Voici, en effet, quel serait l'ordre de succession :

Manie.
Intermittence.
Mélancolie.
Intermittence.
Manie, etc.

Il s'agirait donc d'une folie intermittente à formes alternes, ou, si l'on veut, d'une folie *circulaire*. Au lieu de cela, si l'opinion que j'ai défendue est exacte, on aurait, au contraire, l'ordre suivant :

Manie, mélancolie (accès).
Intermittence.
Manie, mélancolie (accès).
Intermittence.
Manie, mélancolie (accès).

On voit donc qu'au lieu d'une folie intermittente à formes alternes, on a une folie intermittente ordinaire, mais avec des caractères nouveaux, et qu'on ne peut rattacher à aucun des genres de folie décrits jusqu'ici. L'intermittence n'arrive qu'après l'évolution de deux périodes, c'est-à-dire après l'accès complet, comme cela a lieu dans toutes les maladies intermittentes. En outre, il n'y a qu'une seule intermittence, au lieu de deux.

En résumé, ce que les auteurs ont considéré comme une folie intermittente à formes alternes me semble être une folie simplement intermittente ; au lieu de deux accès, il n'y en aurait qu'un seul.

On observe des malades qui, dans un même accès, offrent successivement les caractères de l'hystérie et de l'épilepsie : c'est l'hystéro-épilepsie, constituant une névrose spéciale ; il en est de même pour le genre de folie auquel j'ai cru pouvoir donner la dénomination de *folie à double forme*.

Il arrive d'ailleurs très souvent que cette forme de maladie mentale devient continue, et il n'y a plus alors d'intervalle lucide entre les accès. La maladie peut dans ce cas être véritablement comparée à un cercle, comme l'a fait M. Griesinger. J'aurai d'ailleurs occasion de revenir plus loin sur cette folie à *double forme*. (Voy. le *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854, t. XIX ; les *Annales médico-psychologiques*, 2e série, t. VI, et la thèse de M. le docteur Geoffroi, 1861.)

(B.)

quelques cas on aurait observé, et cela pendant plusieurs années, une alternance régulière de la mélancolie et de la manie, chacune d'elles durant un jour ou régulièrement plusieurs jours.

Un degré très modéré de mélancolie avec des rémissions considérables peut persister pendant un certain nombre d'années; ces malades ne viennent que rarement dans les asiles d'aliénés, ou bien ce n'est que pendant les paroxysmes ou lorsqu'il survient des accès intermittents de manie; le plus souvent ces individus peuvent rester dans leur milieu habituel, où ils font le tourment de leur entourage, et sont l'objet d'appréciations très diverses de la part des médecins et des gens du monde.

La forme persistante de la mélancolie, alors qu'elle n'a encore qu'une intensité modérée et qu'elle est convenablement traitée, dure ordinairement de six mois à un an. D'après un nombre considérable d'observations, on peut considérer comme certain que des maladies aiguës intercurrentes, comme aussi des maladies chroniques apparaissant pour la première fois dans le cours de la mélancolie, exercent sur cette dernière une influence favorable; la mélancolie cesse quand ces maladies apparaissent. Pour les maladies aiguës intercurrentes, c'est la salivation, un exanthème, ou encore une fièvre intermittente; pour les affections chroniques, les tubercules pulmonaires, etc. Toutefois il faut d'autant moins voir dans ces faits des *crises*, dans le sens qu'on attachait autrefois à ce mot, que nombre de névroses (affections de la moelle, violentes douleurs de dents) modèrent aussi quelquefois ou font cesser par leur apparition la maladie du cerveau qui existait déjà.

Mais ce qui est certainement aussi fréquent que la cessation de la mélancolie lors de l'apparition d'autres maladies, c'est la persistance ou même l'exagération de cette vésanie; ou bien encore la mélancolie disparaît, mais la folie prend une autre forme. Nous avons vu, par exemple, un jeune homme qui avait été pendant plusieurs années en proie à une mélancolie profonde avec de faibles rémissions, et chez qui, lors de l'apparition d'un catarrhe intense accompagné d'hémoptysies, premiers symptômes d'une tuberculisation pulmonaire qui ensuite marcha rapidement, accompagné aussi de vives douleurs le long de la colonne vertébrale, la mélancolie cessa et fit place à une exigence également morbide et à une gaieté agitée. Les cas de ce genre sont loin d'être rares.

La guérison se fait généralement d'une manière progressive : la désharmonie des sentiments diminue graduellement ; il survient des intervalles de plus en plus prolongés de calme et de lucidité; les anciens penchants et les anciennes particularités du caractère de l'individu reviennent peu à peu ; enfin le malade reprend alors ou a déjà repris son embonpoint primitif.

Nous avons vu déjà que la mélancolie passe souvent à une des formes

de la manie; mais ce n'est pas tout, la mélancolie simple ou avec stupeur, lorsqu'elle se prolonge, peut aussi se terminer par un état d'affaiblissement intellectuel, par un degré plus ou moins élevé de démence véritable, et cela probablement par le fait du développement d'altérations organiques dans l'intérieur du crâne. Le malade prend de l'embonpoint, mais sa physionomie est lourde, hébétée; la tristesse se dissipe peu à peu, mais les facultés intellectuelles ont perdu toute leur énergie. Il n'est pas rare non plus de voir apparaître à la suite de la mélancolie des états de démence partielle légère ou profonde; le malade a quelques conceptions délirantes fixes, en particulier des hallucinations qui lui font croire qu'on veut l'empoisonner, que l'on trame des complots contre lui, qu'on l'électrise, etc., et désormais le malade est incurable. Ces individus atteints de folie systématisée, d'affaiblissement intellectuel avec des vestiges de mélancolie (et de manie) et des hallucinations, et qui d'ordinaire présentent de nombreux paroxysmes de l'une ou de l'autre forme mentale primitive (apathie alternant avec la turbulence, tristesse peu profonde alternant avec une gaieté également légère, etc.), constituent la majorité des affections chroniques que l'on trouve dans les maisons d'aliénés. Nous y reviendrons en détail dans la *Folie systématisée* et dans la *Démence*. Souvent le malade reste d'abord dans un état longtemps stationnaire de mélancolie avec quelques légères alternatives d'amélioration et de rechute. A cette époque, il est extrêmement difficile de rien préjuger sur la curabilité de ces malades; mais quand cet état d'apathie avec le cachet de la mélancolie se prolonge trois ou quatre ans consécutivement sans rémissions, la guérison est alors extrêmement rare.

Nous donnerons ici quelques observations de mélancolie simple terminée par la guérison.

Obs. XII. — *Hypochondrie, mélancolie profonde; fièvre intermittente. Guérison.* — N. N...., ministre protestant, âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution, fut admis à l'asile de Siegburg en août 1825, après être tombé malade en mars de la même année. Les principaux symptômes avaient jusque-là consisté dans une anxiété et une agitation considérables; son regard était fixe et méfiant, le visage était pâle, la respiration courte, le pouls petit et rapide. Il s'accusait d'avoir vécu d'une manière détestable et d'avoir commis des forfaits, et d'ailleurs, dans quelques instants de lucidité, il appréciait parfaitement son état. (Saignées, vésicatoires, sel de nitre, vomitifs, et usage d'une eau ferrugineuse.)

Lorsqu'il entra à l'asile, son regard était craintif et ne s'arrêtait pas sur les objets; sa figure exprimait l'inquiétude profonde et le désespoir; le ventre était ballonné, les selles rares; le visage était livide et terreux. Le malade disait qu'on allait tout de suite le déchirer, l'écraser, le couper

en morceaux. (Crème de tartre et soufre, légères occupations intellectuelles.)

En septembre, le malade était déjà devenu plus calme, et avait un peu moins de tendance à exprimer sa tristesse. Bientôt il se plaignit d'abattement, de douleurs de tête, et il survint quelques accès de fièvre intermittente à type tierce. Chacun de ses jours de fièvre, le malade croyait, jusqu'au moment où le stade de sueur commençait, qu'il allait mourir tout de suite, et à chaque instant il le répétait avec une effroyable expression d'anxiété dans le regard et dans les gestes. Chaque fois qu'on lui disait que les jours précédents, pendant sa fièvre, il avait dit et cru qu'il allait mourir, il répondait : « Aujourd'hui, ce n'est plus la même chose, je vais mourir aujourd'hui. » (Tartre émétique et sel ammoniac.) Plus tard, les accès de fièvre vinrent tous les jours, et le malade fut moins tourmenté de la peur de mourir. Enfin ils cessèrent tout à fait, et avec eux disparurent aussi les accusations, qui étaient déjà moins fortes depuis quelque temps, mais qui revenaient toujours, que le malade lançait contre lui-même, de crimes impardonnables qu'il avait commis, disant qu'il méritait les supplices de ce monde et de l'éternité ; mais il se tourmentait lui-même comme font les hypochondriaques et manifestait une anxiété extrême au sujet de sa santé. Cet état cessa également bientôt; le pouls devint régulier, l'œdème des jambes qui avait apparu lors des derniers accès de fièvre se dissipa, et le malade reprit un meilleur teint; bientôt il put s'occuper de quelques travaux intellectuels auxquels il trouvait du plaisir ; il redevint gai, et en janvier 1826 il était complétement guéri et quitta l'asile.

Voici maintenant les renseignements que le malade écrivit lui-même après sa guérison sur le développement de sa folie : « Dès ma jeunesse, il existait chez moi un état d'hypochondrie; déjà, avant de fréquenter l'université, je me croyais phthisique, et toutes les assurances contraires des médecins ne pouvaient m'ôter cette idée de l'esprit. Plusieurs événements fâcheux m'inspirèrent une certaine méfiance des hommes, et pendant l'année 1820, où je fus pris d'une maladie des yeux qui me condamna à l'inaction, toute mon occupation consistait dans des pensées qui souvent étaient fort tristes et qui nécessairement exercèrent sur moi une impression mauvaise. En 1822, je me trouvai à un incendie où je fus horriblement mouillé, alors que j'étais convalescent d'une indisposition qui avait duré plusieurs semaines. A dater de ce moment, j'eus de la constipation et une certaine dureté d'oreille. En 1824, j'étais surchargé de travail, mon esprit était affaissé, je ne prenais pas d'exercice, et j'eus encore des soucis d'intérieur : je perdis un enfant nouveau-né. Bientôt je perdis ma gaieté et tout plaisir au travail. Après le sermon, j'étais très fatigué et abattu, l'anxiété et une foule d'idées tristes s'emparaient de

moi ; mon sommeil était de courte durée et tourmenté par des rêves effrayants, et en me réveillant j'avais un fort frisson dans tous les membres. Cependant je me croyais mieux portant que jamais, car je n'avais plus de dureté de l'ouïe, ni ces douleurs dans les membres et ces flatulences que j'avais eues jusqu'alors, et je n'éprouvais aucune gêne après mes repas. Aussi ne me vint-il pas à l'idée de chercher dans mon corps le motif de cet état de tristesse, mais plutôt dans ma vie entière, qui se présentait à moi comme un crime énorme. Cette pensée ne me vint pas progressivement ; mais, autant que je me le rappelle, elle surgit tout à coup dans mon âme comme un rêve. C'est ainsi que je m'expliquais mon état. Alors c'était fait de la clarté de mes pensées et de ma confiance aux autres et à moi-même ; l'humanité entière devait se révolter contre moi, me rejeter de son sein, puisque j'étais pour elle une source d'effroyables tourments, et j'étais moi-même mon plus grand ennemi. Je fis à ma femme l'aveu que j'avais commis le crime le plus affreux qu'on eût jamais vu, et que mes paroissiens me mettraient en pièces dès qu'ils le sauraient. Il me devint impossible de me livrer aux occupations de ma profession, mon anxiété allait toujours croissant. Les membres du conseil de l'Église me faisaient les assurances les meilleures et les plus excellentes propositions; malgré cela je croyais que tout était perdu, et un jour que je m'évanouis à une réunion, je crus que je l'avais fait volontairement. Je prenais le bruit du poêle pour des tambours, et je pensais que les soldats venaient pour m'emmener ; plus tard, je crus voir un échafaud se dresser devant moi, qu'on allait m'y déchirer en morceaux, et la crainte de ce supplice me poursuivait toujours. Les objets qui étaient autour de moi me paraissaient plus beaux et plus brillants que jadis, les hommes me semblaient plus savants et plus érudits, et pour moi je me croyais au-dessous de tout le monde et incapable de rien faire. Par moments, je croyais que je pourrais encore être sauvé, puis ma tristesse s'augmentait..... Quant à mon état à la fin de la maladie, je ne puis mieux le décrire qu'en disant que j'étais comme un homme qui s'éveille après un rêve pénible, et qui ne peut pas se persuader tout de suite qu'il vient de rêver. » (Très abrégé de Jacobi, *Beobacht. über die Pathol. und Therap. der mit Irresein verbund. Krankh.*, I, p. 141 et sq.)

OBS. XIII.—*Mélancolie. Guérison lors du retour des règles.*—Une fille de dix-neuf ans, dont la mère s'était suicidée dans un accès de mélancolie profonde, bien portante et d'un caractère gai, régulièrement menstruée à quinze ans, atteinte de flueurs blanches à seize ans, et plus tard douloureusement affectée par une liaison d'amour que les circonstances n'avaient pas favorisée, tomba brusquement malade en août 1825. Elle présentait un certain degré d'imbécillité ; elle riait souvent sans motif, faisait toutes sortes de bêtises et était incohérente dans ses paroles

et dans ses actes. Le regard, la physionomie étaient vifs, les mouvements précipités; le ventre était ballonné, les selles difficiles, les règles peu abondantes. Au bout de quelques mois, il survint dans les phénomènes d'aliénation mentale une rémission complète; mais six semaines après, la folie se montra sous une autre forme.

La malade paraissait en proie à une anxiété mélancolique; elle restait assise, perdue dans ses pensées, immobile et muette, ou bien elle pleurait et soupirait, s'interrompant souvent pour crier : « Quel malheur! qu'ai-je donc fait? » Elle refusait de manger; sa physionomie changeait, son teint devint terreux, ses traits étaient tirés, ses forces tombaient. Le ventre était dur et ballonné, les selles difficiles et sèches; les règles étaient complétement supprimées, et la malade avait constamment des flueurs blanches. Au bout de quelque temps, il lui revint un peu d'appétit; elle allait à l'endroit où l'on donnait à manger aux poules ou dérobait à droite et à gauche des aliments grossiers et malpropres qu'elle mangeait en cachette; elle reprit alors un peu de force et d'embonpoint, mais elle avait un teint livide et la figure boursouflée. Après être restée ainsi plusieurs mois depuis la seconde apparition de la folie, sans consulter un médecin, elle entra à l'asile de Siegburg en août 1826. En dehors des symptômes de scrofules et des flueurs blanches qu'elle avait depuis très longtemps, cette fille ne présentait aucun autre signe de maladie physique. Ses mouvements étaient sans énergie, traînants; elle poussait toute la journée de tels sanglots et se lamentait tellement, qu'à chaque instant on pouvait croire qu'il venait de lui arriver un affreux malheur. Pendant la nuit, le sommeil est généralement calme; on est obligé de la forcer un peu à manger. Chez cette femme, la folie se manifeste principalement par la disposition exclusive de son esprit, qui domine toutes ses pensées et paralyse sa volonté, sans que l'on trouve en dehors de cela de la confusion dans l'intelligence ou une direction morbide déterminée de ses penchants. Le trouble de la digestion, le ballonnement et la dureté du ventre, ainsi que l'aménorrhée et les flueurs blanches, semblaient donner les indications thérapeutiques les plus importantes. (Régime doux, régulier, bains, occupation.) Une convalescente prend de la malade un soin tout maternel, gagne sa confiance et arrive à la rendre obéissante.

A la fin de septembre, les règles arrivent en petite quantité, mais le ventre reste dur et gros. (Tartrate de borax et fleur de soufre; cautères aux deux bras.) La malade se calme peu à peu, pleure moins et mange spontanément. Trois semaines après, les règles reviennent; le ventre se dégonfle et reprend sa souplesse, les selles sont régulières; les traits de la face se détendent, l'expression du visage est plus gaie. Enfin, le 10 novembre, après une nouvelle apparition des règles, la tristesse et les pleurs avaient disparu comme par enchantement. Elle travaillait avec plaisir;

les flueurs blanches avaient fini par disparaître complétement; la santé générale se consolidait de jour en jour. Enfin, en avril 1827, la malade, complétement guérie, put quitter l'asile. (Jacobi, *loc. cit.*, p. 198.)

OBS. XIV.—*Mélancolie avec penchant au suicide et hallucinations. Pollutions diurnes probables. Guérison par la cautérisation de l'urèthre.* — Émile G...., âgé de vingt-trois ans, s'était fait remarquer dans ses premières études : à vingt et un ans, il avait été reçu avocat d'une manière brillante. Sa taille était voûtée ; sa charpente osseuse annonçait une forte constitution, mais ses membres étaient maigres et ses muscles mous. Son système pileux était noir et épais, mais sa peau était décolorée et sa figure sans expression ; ses yeux noirs étaient ternes et fixés vers la terre ; sa voix faible et voilée se faisait à peine entendre : tout décelait en lui une excessive timidité. Ses membres inférieurs étaient dans un mouvement perpétuel.

Au premier coup d'œil je vis à qui j'avais affaire, et la consultation du docteur Esquirol me confirma bientôt dans mes conjectures. Je priai le malade de recueillir et de mettre en ordre ses souvenirs : voici la note qu'il me remit quelques jours après.

« A douze ans, j'eus le malheur de contracter au collége une mauvaise habitude. Je terminai mes études à dix-sept. A dix-neuf, pendant que j'étudiais le droit à Paris, je remarquai déjà du changement dans mon caractère : ce fut d'abord, mais graduellement, un dégoût de toutes choses, un ennui profond et universel. Jusqu'alors je n'avais aperçu que le côté brillant de la vie ; dès cette époque, je n'ai plus vu que le côté sombre. Bientôt des idées de suicide vinrent, pour la première fois, troubler et épouvanter mon imagination. Cet état moral dura pendant un an.

» Alors, d'autres idées remplacèrent celles de suicide. Je me crus ridicule ; il me semblait que l'expression de ma physionomie et mes manières provoquaient une insultante gaieté. Cette idée prenant tous les jours de nouvelles forces, plusieurs fois dans la rue, et même dans un appartement, avec des parents, des amis, *j'ai entendu des injures* qui s'adressaient certainement à moi ; *j'en ai encore la conviction.* Enfin, mon état empirant, j'ai cru que tout le monde m'insultait, *et je le crois encore ;* si l'on crache, si l'on se mouche, si l'on tousse, si l'on rit, si l'on met la main ou un mouchoir devant la figure, j'éprouve la sensation la plus pénible. Tantôt cette sensation provoque chez moi la colère, tantôt un abattement profond qui se manifeste par des *larmes involontaires.* Je ne regarde personne ; mes yeux ne se fixent sur aucun objet. Concentré dans mes idées, je suis indifférent à tout le reste. Ce sont là bien évidemment des signes d'imbécillité.

» J'avoue bien que j'ai pu avoir, que j'ai eu même des *hallucinations ;* mais je suis bien persuadé que ces idées ne sont pas sans fondement : je

suis toujours convaincu que l'expression de mon visage, surtout de mes regards, a quelque chose d'étrange; qu'on lit sur mes traits les craintes qui m'agitent, les idées qui me tourmentent, et qu'on abuse de cette malheureuse faiblesse d'esprit, dont on devrait plutôt avoir pitié. Aussi je cherche la solitude; la société me fait mal.

» Je sens comme un poids dans la tête, une espèce de pression du cerveau, et en même temps de l'irritation : je suis faible, découragé; je me sens vieilli; j'éprouve un état de somnolence et de torpeur continuel; *tout exercice me fatigue et je ne puis rester en place.* Depuis quelques mois, j'éprouve plutôt de l'abattement que de l'irritation; je ne suis plus tenté de chercher querelle à ceux qui m'insultent : au reste, il ne m'est arrivé qu'une fois de céder à cette tentation. Depuis cinq ans, l'ennui ne m'a pas quitté : rien ne me fait plaisir; tout me pèse et me gêne : je suis craintif, timide, embarrassé, incapable d'agir et de parler. *L'esprit de la vie s'est retiré de moi.*

» Depuis deux ans, j'ai commencé à m'observer de plus en plus; depuis neuf mois, j'ai renoncé complétement à ma funeste habitude, et cependant mon état empire tous les jours. »

Cette note donne une idée bien claire de la cause, de la marche et de la nature des symptômes prédominants; mais le style du malade forme un contraste remarquable avec l'aridité de sa conversation et la gaucherie de son extérieur. C'est qu'il était seul quand il écrivait, et qu'il y a mis du temps; tandis que, dans le monde, il se sentait écrasé par la pensée accablante qui le suivait partout. Je ferai remarquer aussi qu'il ne dit pas un mot de ses mauvaises digestions, de sa constipation opiniâtre, de l'absence complète des érections et des désirs vénériens, quoiqu'il éprouvât tous ces symptômes d'une manière très prononcée. Mais tout cela n'était rien pour lui; une seule idée l'absorbait : c'était la conviction qu'il était un sujet de mépris et de risée pour tout ce qui l'approchait; et cette pensée était alimentée par le sentiment de son impuissance et par la honte de la cause qui l'avait amenée.

Voici ce que contenait de plus remarquable la consultation du docteur Esquirol.

« Le médecin soussigné, etc., ne peut méconnaître une *hypochondrie* qui persiste depuis trois ans. Il est évident que cette *affection nerveuse* est produite par la mauvaise habitude à laquelle le malade s'est livré depuis l'âge de la puberté, et à laquelle il n'a complétement renoncé que *depuis sept mois.* Cette maladie persiste avec d'autant plus d'opiniâtreté, que la cause qui l'a produite a agi plus longtemps et plus profondément *sur le système nerveux* et l'a *prodigieusement affaibli.* » (Lallemant, *Des pertes séminales*, t. I, p. 357.)

§ 120. — La manière dont la douleur morale s'exprime dans la mélan-

colie varie de tant de façons, qu'en se fondant sur les principales différences qu'elle offre, on a formé des genres et des variétés de la mélancolie.

En tant que la différence ne porte que sur le genre et l'objet du délire, qui souvent coïncide avec les causes les plus saillantes de la folie, l'établissement de ces variétés n'a qu'une médiocre valeur; sous ce rapport, nous avons à signaler les principales sous-formes suivantes :

1° On a donné le nom de *mélancolie religieuse* à cette forme de la mélancolie dans laquelle le délire roule principalement sur des idées religieuses, sur l'idée qu'on a fait de grands péchés, sur la crainte des supplices de l'enfer, l'idée qu'on est réprouvé de Dieu, etc. Souvent ce sont des circonstances extérieures tout à fait accidentelles qui font que le sentiment d'anxiété intérieure qui tourmente le malade se porte précisément sur des idées de péchés commis, ou qu'il cherche dans son état de tristesse douloureuse les consolations de la religion, qui souvent, il est vrai, au lieu de soulager le malade, n'a pour résultat que d'exagérer son anxiété, et, dans ce cas, il ne faut pas confondre l'effet avec la cause. S'il est certain, en effet, que l'énergie de l'intelligence est paralysée quand l'esprit est sans cesse préoccupé de contrition et de la crainte des supplices de l'enfer, et constamment travaillé par des idées sombres et ascétiques sur la vie de ce monde; s'il est certain que les idées tristes dominent facilement la pensée dans ces circonstances, et que les têtes faibles tombent, sous cette influence, dans un état de désunion intérieure et de tristesse douloureuse, qui peut ainsi contribuer essentiellement au développement de la mélancolie, dans la grande majorité des cas cependant les inquiétudes religieuses que manifestent les mélancoliques doivent être regardées comme des symptômes de la maladie qui existe déjà, et non comme la cause de cette maladie.

Cette forme de la mélancolie religieuse doit être soigneusement distinguée de cette folie qui roule également sur des idées religieuses, mais qui est gaie, hardie, exaltée, dans laquelle les malades croient être Dieu lui-même, ou se figurent qu'ils ont des rapports intimes avec Dieu, les anges et le ciel. Cet état diffère totalement au point de vue psychologique de la mélancolie; nous en parlerons en étudiant les formes d'exaltation mentale.

Il en est de même naturellement, dans cette forme intéressante de la mélancolie, où le sentiment qu'a le malade d'être dominé par une puissance étrangère se traduit par l'idée de la possession du démon ; c'est ce que l'on appelle la *démono-mélancolie*, que l'on observe dans tous les pays [en France particulièrement elle n'est pas rare], mais dont récemment encore dans notre pays, d'un côté par une originalité bizarre, et de l'autre par une superstition presque incroyable, on a fait de nombreux abus.

Dans cette forme, la puissance étrangère, ennemie, par laquelle le

malade se croit dominé, prend différentes formes démoniaques, suivant les croyances superstitieuses qui règnent à l'époque et dans le lieu où il vit (diables, revenants, etc.); et, comme le malade a en même temps des sensations anomales provenant de diverses parties du corps, il attribue parfois à ces êtres surnaturels un siége limité, soit dans une moitié du corps, soit dans la tête ou bien dans le dos, dans la poitrine, etc. Il n'est pas rare d'observer chez ces individus des convulsions des muscles soumis à la volonté, des contractions du larynx, qui altèrent la voix d'une façon surprenante, des anesthésies de divers organes importants, des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ce délire intermittent accompagne parfois des paroxysmes de convulsions violentes (qui évidemment sont analogues aux attaques épileptiques ou aux attaques hystériques qui sont encore plus fréquentes), paroxysmes qui sont séparés par des intervalles libres de lucidité complète.

La mélancolie avec idées de possession du démon paraît ne survenir que chez les femmes (presque toujours chez des hystériques) et chez les enfants. L'explication la plus facile de ce phénomène psychologique se trouve dans les cas, qui ne sont pas rares, où les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles, et qui a déjà pour résultat d'amener une division, une séparation fatale de la personnalité. — Dans les cas très développés où ce cercle d'idées, qui accompagnent constamment la pensée actuelle en lui faisant opposition, arrive à avoir une existence tout à fait indépendante, il met en mouvement de lui-même le mécanisme de la parole, il prend un corps et se traduit par des discours qui n'appartiennent pas au *moi* (ordinaire) de l'individu. Ce cercle d'idées qui agit librement sur les organes de la parole, l'individu lui-même n'en a pas conscience avant de l'exprimer, le *moi* ne le perçoit pas; ces idées viennent d'une région de l'âme qui reste dans l'obscurité pour le *moi;* elles sont étrangères à l'individu, c'est un intrus qui exerce une contrainte sur la pensée. Les gens sans éducation voient dans ce cercle d'idées un être étranger. — Dans quelques cas, on trouve dans les discours insensés de ces femmes ou de ces enfants une certaine poésie ou une ironie qui se dirige contre les idées qu'antérieurement ces individus respectaient le plus; mais d'ordinaire le démon n'est qu'un pauvre sire, bien lourd et bien trivial.

Depuis la publication de la première édition de cet ouvrage, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas de démonomanie à divers degrés; en voici deux observations intéressantes :

Obs. XV. — *Accès de folie revenant tous les deux ou trois jours et présentant surtout le caractère d'idées d'opposition.* — Une paysanne âgée de cinquante-quatre ans avait eu, à l'âge de vingt-deux ans, des

accès de violent cauchemar et des hallucinations de l'ouïe revenant toutes les nuits pendant trois mois. Elle accoucha à l'âge de trente ans; depuis cette époque, les règles disparurent pour toujours, et la malade eut une affection hémorrhoïdale intense. Son aspect est bon, et l'examen objectif ne fait constater aucune chose qu'un utérus très petit et antéfléchi. — Entre trente et quarante ans, il se développa chez elle, peu à peu, une maladie revenant par accès, et qui bientôt devint de plus en plus fixe. Les accès reviennent tous les deux ou trois jours, et dans les intervalles la malade est parfaitement bien. Ces accès commencent par des douleurs dans la tête, dans les reins et dans le cou, des battements de cœur, de l'angoisse, un grand abattement, parfois des symptômes légers de globe et de convulsions hystériques. Elle est obligée de garder le lit, tombe dans une apathie complète; elle ne peut plus rassembler ses idées, et l'anomalie mentale se présente chez elle sous forme de contradiction intérieure contre ses propres pensées et ses déterminations, une opposition immédiate constante contre tout ce qu'elle vient de penser ou de faire. Une « voix intérieure », mais qu'elle n'entend pas dans son oreille, se révolte contre tout ce qu'elle veut (par exemple, déjà contre le simple séjour au lit auquel son état la condamne), en particulier contre toute élévation des sentiments, la prière, etc.; la voix veut toujours le mal, qnand la malade veut le bien, et lui crie parfois tout à coup, mais sans qu'on puisse l'entendre extérieurement : « Prends un couteau et tue-toi! » — La malade, qui est une femme raisonnable, dit qu'elle a de la peine à croire que ce soit un être étranger, un démon qui est dans son corps, bien qu'elle ait la certitude que ce n'est pas elle-même qui fait tout cela. — Je reçus la malade à la clinique de Tubingue, et j'eus souvent l'occasion d'observer les accès. Elle était alors très échauffée, congestionnée; sa figure était sombre, ses traits tirés, elle n'avait pas de fièvre (la peau avait une température normale); l'accès durait de vingt-quatre à quarante-huit heures. — Au commencement, la malade ayant une forte congestion de la tête, on lui pratiqua une petite saignée, qui n'amena qu'un soulagement passager; l'affection hémorrhoïdale s'améliora beaucoup par l'emploi d'un électuaire de poivre, mais les accès persistèrent sans aucune modification. (*Observation de l'auteur.*)

OBS. XVI. — *Démonomanie chronique.* — Une paysanne, C. S...., âgée de quarante-huit ans, non mariée, vint se présenter d'elle-même à la clinique, parce qu'elle était possédée par des esprits. — Son père a été un peu fou étant déjà à un certain âge; sa sœur et son neveu sont aliénés. La malade a eu un enfant à dix-neuf ans, elle l'a nourri pendant trois ans, et elle est tombée alors dans un état d'anémie profonde avec des douleurs étendues dans les membres et quelquefois des convulsions; pendant longtemps elle eut un bâillement convulsif dans la bouche. Trois ans après

le premier début de la maladie (il y a treize aus environ, par conséquent), la femme commença à entendre parler en elle. A dater de ce moment, il lui vint des pensées, et elle dit des mots qu'elle n'avait pas l'intention de dire et qu'elle exprima bientôt avec une voix qui différait de sa voix ordinaire. D'abord ce sembla être des observations non pas opposantes, mais indifférentes ou même raisonnables, qui accompagnaient la pensée et la parole de la malade. Par exemple, cette voix lui disait : « Va chez le docteur, va chez le prêtre ! » ou bien : « Tu dois faire cela ! » Peu à peu à ces observations indifférentes il s'en ajouta de nouvelles, d'un caractère plus négatif, et actuellement tantôt cette voix constate simplement ce que la malade vient de dire, ou bien elle commente ses paroles, ou bien elle les lui reproche et les tourne en ridicule. Par exemple, quand la malade a dit quelque chose de juste, la voix lui dit : « Tu en as menti ! tu ne dois pas le faire savoir ! » — Le ton de cette voix, quand « l'esprit » parle, diffère toujours un peu et quelquefois même totalement de la voix ordinaire de la malade ; et ce qui fait surtout que la malade croit à la réalité de cet « esprit », c est qu'il a une autre voix qu'elle. Souvent cet esprit commence par parler avec une voix basse et grave, puis cette voix monte ou descend plus haut ou plus bas que la voix ordinaire de la malade ; de temps à autre, elle pousse un cri plus aigu, plus perçant, suivi d'un rire sec et ironique. — J'ai observé souvent ce fait moi-même. — En outre de ces mots que l'esprit prononce en elle, la malade entend intérieurement et d'une façon presque incessante, un très grand nombre d'esprits qui parlent ; parfois elle a des hallucinations complètes de l'ouïe, jamais elle n'a d'hallucinations de la vue. La prière exagère cet état que nous venons de décrire, et augmente son agitation ; mais à l'église, comme elle a peur du monde et du prêtre, elle peut retenir « la voix de l'esprit »; elle pouvait même lire des prières à haute voix sans se troubler. De temps à autre ses discours ont une teinte de nymphomanie ; elle dit que les esprits lui font naître des pensées obscènes et les lui font exprimer ; la malade souffre d'un prurit de la vulve. — Elle ne sait pas, avant que l'esprit ait parlé, ce qu'il va dire. Quelquefois la parole lui manque tout à coup pour un certain temps. Dans tous les phénomènes que nous venons d'énumérer, il règne une uniformité extrême, invariable, et cet état, devenu depuis longtemps fixe et stationnaire, est toujours resté le même pendant la durée du traitement. (*Observation de l'auteur.*)

OBS. XVII. — *Attaques convulsives, avec idées de possession et de multiplicité de la personnalité, chez une enfant.* — Marguerite B....., âgée de onze ans, d'un caractère un peu violent, mais ayant des sentiments chrétiens et pieux, fut prise, le 19 janvier 1829, sans avoir eu aucun malaise, d'attaques convulsives qui se répétèrent pendant deux

jours avec de rares et de courtes interruptions. Tant que les convulsions duraient, l'enfant était sans connaissance, elle roulait ses yeux, faisait des grimaces et exécutait avec ses bras toutes sortes de mouvements bizarres. Le 21 janvier, il se fit entendre à plusieurs reprises autour d'elle une voix qui disait : « On prie bien pour toi ! » Aussitôt l'enfant revint à elle ; elle était fatiguée, épuisée, mais elle ne savait rien de ce qui s'était passé, et disait seulement qu'elle avait rêvé. — Le 22 janvier, une autre voix basse, qui différait manifesteemnt de la première, commença à se faire entendre aussi. Cette voix parlait presque sans discontinuer tant que la crise durait, c'est-à-dire une demi-heure, une heure et plus ; elle n'était que parfois interrompue par la première, qui répétait toujours : « On prie bien pour toi ! » Évidemment cette voix voulait représenter une personne différente de celle de la malade, et s'en distinguait exactement en se rendant objective et en parlant de la malade à la troisième personne. Dans ce que disait cette voix il n'y avait pas de confusion, ni d'incohérence ; elle parlait avec une conséquence rigoureuse, répondant d'une manière logique à toutes les questions, ou les rejetant avec un air moqueur. Mais ce qui faisait la différence principale de ces discours, c'était leur caractère moral, ou plutôt immoral ; ils exprimaient la vanité, l'arrogance, la raillerie ou la haine contre la vérité, contre Dieu et le Christ. — « Je suis le fils de Dieu, le Sauveur du monde, tu dois m'adorer. » Voilà ce que disait d'abord cette voix, puis elle le répéta souvent : moqueries contre les choses saintes, blasphèmes contre Dieu, le Christ et la Bible ; indignation violente contre ceux qui aiment le bien ; malédictions les plus abominables, une fureur excessive mille fois répétée et une rage affreuse en apercevant quelqu'un occupé à prier ou même joignant simplement les mains. On pouvait considérer tout cela comme les symptômes d'une influence étrangère, bien que cette voix n'eût pas trahi elle-même le nom de celui qui tenait tous ces discours, en se nommant un diable, comme cela arrive souvent. Dès que ce démon se faisait entendre, les traits de la jeune fille s'altéraient immédiatement d'une manière surprenante, et elle avait alors chaque fois un aspect diabolique dont on peut se faire une idée en lisant dans la *Messiade* le tableau du diable offrant une pierre à Jésus.

Le 26 janvier, à onze heures du matin, c'est-à-dire à l'heure où, d'après son dire, un ange lui avait annoncé plusieurs jours auparavant qu'elle serait délivrée, tous ces phénomènes cessèrent. La dernière chose qu'on entendit, ce fut une voix sortant de la bouche de la malade, et qui disait : « Va-t'en, esprit immonde, retire-toi de cette enfant ! Ne sais-tu pas qu'elle est ce que j'ai de plus cher ? » Puis elle revint à elle-même. Le 31 janvier, le même état se reproduisit avec les mêmes symptômes. Mais peu à peu de nouvelles voix s'ajoutèrent à la première, jusqu'à ce que la malade en comptât six, différant entre elles, soit par le timbre, soit

par le langage, soit enfin par leurs discours, dont chacune représentait la voix d'une personne distincte, et était annoncée comme telle à la malade par la première voix qu'elle avait si souvent entendue. La violence de la rage, des malédictions, des blasphèmes et des reproches que lui adressaient ces voix atteignit dans cette période de la maladie le degré le plus élevé, et les intervalles de lucidité, dans lesquels du reste la jeune fille ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant le paroxysme (elle priait alors et lisait avec ferveur), ces intervalles, dis-je, furent plus rares et plus courts. Le 9 février, qui, comme le 31 janvier, avait été annoncé à la malade comme un jour de délivrance, mit fin à cet état misérable, et, comme la première fois, ce fut encore à onze heures du matin, après que la voix eut annoncé à plusieurs reprises son départ, on entendit sortir de la bouche de la malade ces mots : « Va-t'en, esprit immonde, retire-toi de cette enfant ; ton règne est fini maintenant ! » La jeune fille revint à elle, et depuis lors elle n'a pas eu de rechute. (Kerner, *Geschichten Besessener*. Stuttgard, 1834.)

§ 121. — 2° Il n'est pas rare non plus de voir les mélancoliques se figurer qu'ils ont perdu leur propre personnalité, et qu'ils sont métamorphosés (*melancholia metamorphosis*). Nous avons déjà parlé plus haut des idées qu'engendrent les anesthésies générales ou partielles : le malade se croit mort, il se figure que ses membres sont de bois, etc. ; ainsi que des conceptions délirantes provoquées par les hallucinations, qui font croire au malade qu'il est changé en animal. Mais des faits plus intéressants encore au point de vue psychologique et pathologique, ce sont ceux où le malade croit avoir changé de sexe. Ce délire, il est vrai, n'appartient pas d'une façon spécifique à la mélancolie ; mais il peut se développer pendant le cours de cette maladie, et paraît tenir, dans beaucoup de cas, à une affection des organes génitaux qui supprime toutes les sensations sexuelles.

Ainsi Lallemand parle d'un malade qui croyait être une femme, et qui écrivait des lettres à un amant imaginaire ; à l'autopsie, on trouva une tuméfaction et une induration de la prostate, des abcès dans cet organe, une oblitération des canaux éjaculateurs, avec dilatation des vésicules séminales et des vaisseaux déférents.

M. Leuret (*loc. cit.*, p. 114 et suiv.) rapporte quelques faits d'individus qui croyaient avoir changé de sexe. En général, ces faits sont assez rares ; dans les asiles français, par exemple à la Salpêtrière, on voit plus souvent des cas où les malades se figurent que les femmes qui les entourent sont des hommes.

§ 122. — 3° Une autre variété de la mélancolie est celle qui est caractérisée par le vif désir de revoir son pays natal et par la prédominance d'idées relatives au retour au pays, la *nostalgie*. On observe aussi une

affection analogue chez les prisonniers, se produisant sous l'influence du désœuvrement, et souvent aussi de la mauvaise nourriture, de l'humidité et de l'onanisme. La mélancolie nostalgique apparaît quelquefois avec des symptômes de congestion de la tête et même d'inflammation cérébrale (Larrey); elle s'accompagne d'hallucinations de même nature que le délire. Il n'est pas rare de voir des individus atteints de nostalgie commettre des actes de violence (par exemple des domestiques qui tuent de petits enfants, qui allument des incendies), actes qui souvent sont déterminés par des motifs d'égoïsme, le malade cherchant à se soustraire à cette situation pénible, à cette impulsion qui survient involontairement chez le mélancolique, à se procurer un certain soulagement en commettant un acte affreux.

Naturellement la nostalgie n'est pas toujours de la folie, — on notera cela surtout au point de vue médico-légal. En elle-même, la nostalgie est une disposition triste de l'esprit, motivée extérieurement; elle devient folie, quand cette disposition de l'esprit domine fortement toutes les facultés de l'âme, de façon à n'y plus laisser pénétrer aucun autre sentiment, quand elle s'accompagne de conceptions délirantes et d'hallucinations, état qui presque toujours entraîne des troubles du côté de la santé physique, manque d'appétit, amaigrissement, etc. En un mot, la nostalgie ne doit être regardée, en justice, comme étant une maladie mentale, que quand elle présente les signes généraux de la folie. Et l'on n'admettra pas l'absence du jugement, ce qui est le point le plus important, dans les cas où, comme cela a lieu chez beaucoup de ces jeunes nostalgiques incendiaires, l'individu est en état de s'occuper de toutes ses affaires et de remplir tous ses devoirs.

Il est beaucoup plus important d'établir différents genres de mélancolie d'après l'état différent de la face motrice de la vie de l'âme, de la volonté et des actes. Ainsi, les états que nous venons d'étudier peuvent présenter des modifications importantes de deux côtés différents et en quelque sorte opposés : d'une part, ils peuvent arriver à un état de concentration profonde de l'individu en lui-même avec absence complète de volonté, ou bien la volonté s'attache convulsivement à un objet; d'autre part, il vient s'adjoindre à ces états de nouveaux penchants et de nouveaux mouvements de la volonté, qui correspondent à la disposition générale négative de l'esprit, et qui ne se manifestent que par un acte de violence isolé, ou bien par une agitation extérieure et une surexcitation persistante, puis la mélancolie se transforme en manie.

A ce point de vue, nous pouvons indiquer ici, comme les principaux genres de mélancolie, les formes suivantes :

1° La mélancolie concentrée, ou *mélancolie avec stupeur* [que les auteurs français désignent généralement sous le nom de stupidité, Georget,

Étoc-Demazy, etc., et dont M. Baillarger a bien reconnu la nature (1)].

2° Mélancolie avec manifestation de penchant de destruction, en particulier avec actes de violence, tantôt contre soi-même (monomanie du suicide), tantôt contre d'autres personnes ou des objets inanimés (penchant au meurtre, penchant à la destruction, en tant que ces deux états se rattachent à la mélancolie).

3° Mélancolie avec surexcitation persistante de la volonté, et passant à la manie.

CHAPITRE III.

MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR.

§ 123. — La forme de la mélancolie dans laquelle la concentration d'esprit arrivée à son degré le plus élevé se manifeste extérieurement par la stupeur, n'a pas seulement une haute importance théorique à cause des symptômes psychiques très marqués et des lésions caractéristiques du cerveau qui existent dans quelques cas, mais encore, comme on la confond souvent et facilement avec la démence, ce qui peut mener à de graves erreurs sous le rapport du pronostic et du traitement, elle offre aussi un très grand intérêt pratique.

Extérieurement, les malades arrivés à un degré élevé de stupeur présentent réellement l'image de la démence. Ils sont complétement muets et inactifs, ils ne se meuvent que sous l'influence d'une cause extérieure énergique; leur aspect est celui de la stupidité; l'expression de leur visage est celle d'une oppression psychique générale et profonde, d'un véritable anéantissement; seul, le regard de ces malades n'indique pas la nullité propre à la démence, il exprime une émotion douloureuse, la tristesse, l'anxiété ou un étonnement concentré. Au degré le plus élevé de la maladie, on observe d'ordinaire une anesthésie, tantôt partielle, tantôt générale, de la surface de la peau, et aussi un état des organes des sens supérieurs qui fait que les impressions de la vue et de l'ouïe sont tout à fait indistinctes, confuses, et souvent perçues comme si elles venaient de loin; c'est peut-être là une exagération de cette paralysie cérébrale de la sensation dont nous avons déjà parlé plusieurs fois.

(1) Baillarger, *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité* (*Annales médico-psychologiques*, t. I, 1843). — Un autre travail du même auteur porte le titre : *De la mélancolie avec stupeur* (*Ann. méd.-psych.*, 1853). — M. Guislain comprend cet état en partie dans l'extase.

(*Note de l'auteur.*)

Les muscles soumis à l'action de la volonté semblent tantôt rigides, tendus, tantôt engourdis; il n'est pas rare d'observer des états de catalepsie dans lesquels les malades conservent les différentes positions qu'on leur donne, et un certain nombre d'observations de catalepsie appartiennent de fait à la mélancolie avec stupeur; la motilité des membres sous l'influence de la volonté est toujours considérablement diminuée, parfois elle est presque entièrement supprimée; il y a là une sorte d'entrave pesant sur toutes les facultés motrices du cerveau.

Ces malades ont presque tous perdu la conscience du temps et des lieux, ainsi que le sentiment de leurs besoins physiques; ils sont extrêmement malpropres; on est obligé de les faire manger, de les habiller, de les coucher, etc. Ordinairement ils maigrissent beaucoup alors, le marasme arrive promptement, et la mort est loin d'être rare dans cette forme de la mélancolie.

Que devient chez ces individus la vie intellectuelle pendant la maladie? — A cet égard, les malades, après la guérison, nous donnent dans certains cas les renseignements les plus curieux. Loin de présenter le vide psychique de la démence, la pensée dans le plus grand nombre des cas ne cesse pas d'être active. Mais le malade, que les anomalies des sens privent de la perception de son entourage réel, vit dans un monde imaginaire. Pour lui, la réalité a disparu, tout s'efface et se transforme autour de lui. Une anxiété intérieure effroyable constitue l'état fondamental qui tourmente le malade jusqu'à le suffoquer, et qui lui fait croire qu'il est constamment menacé d'un malheur, que les maisons vont s'écrouler, que le monde entier va périr, ou qui lui donne l'idée d'un crime affreux qu'il a commis, qu'il est réprouvé, etc.

Le malade ne peut pas vouloir, et pour ce motif il sent l'impossibilité de se soustraire à toutes les choses effrayantes qui le menacent de tous côtés. Le plus souvent il ne peut pas dire pourquoi il était incapable du moindre acte de volonté, pourquoi il ne répondait pas, pourquoi il ne pouvait pas crier. Esquirol nous a cependant conservé la réponse remarquable que lui fit un malade après sa guérison : « Ce manque d'activité vient de ce que mes sensations sont trop faibles pour exercer une influence sur ma volonté. » — Mais l'absence de volonté se manifeste surtout d'une manière très évidente dans la complète passivité, l'inaction et l'immobilité des malades, bien que parfois il survienne des états intercurrents d'activité plus grande, tout comme certains malades peuvent avoir de temps à autre un court moment de conscience, une lueur du monde réel.

Généralement cette insensibilité extérieure, cette suppression de tout effort, ce délire triste et exclusif s'accompagnent d'hallucinations et illusions de même nature. Le malade entend des voix qui lui font des repro-

ches, qui lui disent des injures, qui le menacent de la mort, ou bien c'est un bruit confus de cloches, de tambours, de canons, etc.; il voit des spectres, des figures cadavériques, des voûtes souterraines, des cratères de volcans qui s'ouvrent sous ses pieds; il croit voir martyriser ses parents les plus chers, etc. Il se croit dans un désert, dans l'enfer, aux galères; en un mot, le changement subjectif complet qui s'est produit dans ses perceptions sensoriales et la transformation consécutive de toutes ses impressions lui font apparaître tous les objets extérieurs qu'il perçoit encore sous des formes qui correspondent au sentiment qui le domine, état qui s'accompagne d'un degré considérable de confusion des idées.

Sous beaucoup de rapports cet état présente la plus grande analogie avec un état de demi-sommeil et de rêve. La production des émotions, des idées et des images douloureuses et pénibles trouve une analogie parfaite dans l'apparition de sensations singulières, nouvelles et désagréables (fourmillement, picotement, froid) dans les nerfs sensitifs engourdis, et nous verrons que cette comparaison est d'autant plus convenable que dans un certain nombre de cas de ce genre on peut constater l'existence d'une pression manifeste du cerveau. Les malades, quand ils commencent à retrouver un peu de vivacité, à manger eux-mêmes, à s'occuper, sont étonnés comme s'ils se réveillaient, ils demandent souvent où ils sont, et ce n'est que progressivement qu'ils reviennent à eux; ils comparent alors leur état à un rêve pénible et leur guérison à un réveil.

§ 124. — Cependant on n'observe pas toujours pendant la durée de cette forme de la mélancolie une telle multiplicité de sensations, d'idées et d'images tristes et pénibles; quelquefois c'est plutôt un demi-sommeil sans rêves distincts, sans hallucinations vives, un état de concentration d'esprit dans laquelle le malade est étranger au monde extérieur et n'a que le sentiment d'un trouble intérieur profond et de la perte de sa volonté, où les phénomènes intellectuels éprouvent, il est vrai, une sorte de suspension, mais le malade a cependant conscience de son état (1). Peut-

(1) Comme l'a fait remarquer plus haut M. Griesinger, l'état intellectuel des mélancoliques avec stupeur a beaucoup d'analogie avec l'état de rêve, et j'ai vu un assez grand nombre de malades déclarant, après leur guérison, qu'il leur semblait sortir d'un long sommeil. Il y a ici exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination complétement abandonnées à elles-mêmes, et cet état est aussi opposé que possible à la tension d'esprit du monomaniaque. Peut-être dès lors ne serait-il pas exact de dire que l'esprit, dans la mélancolie avec stupeur, est concentré sur une série d'idées.

Quant aux cas où les malades déclarent après la guérison que leur intelligence était suspendue et qu'ils ne pensaient à rien pendant la durée de leur accès, il faut certainement en admettre plusieurs dans lesquels il y a simplement perte de mémoire, comme il arrive après beaucoup de rêves dont on ne conserve aucun souvenir. Récemment encore, j'ai recueilli une observation de ce genre chez une

être aussi parfois n'est-ce que parce que les malades ne peuvent pas rendre suffisamment compte de leur état, ou parce qu'ils ne s'en souviennent que très faiblement, que ces anomalies psychiques si frappantes sont si peu connues.

Cela nous explique comment des observateurs distingués (Esquirol, Georget, Ellis) ont pu ranger ces états dans la démence, et le fait posé par M. Étoc-Demazy (1833), et généralisé à tort par M. Sc. Pinel (1840, 1844), à savoir, que chez certains de ces malades on trouve un œdème cérébral, et par conséquent une compression du cerveau; ce fait, dis-je, n'était pas défavorable à cette manière de voir. Mais, d'un côté, cet œdème cérébral n'est pas le moins du monde constant, et de l'autre les déclarations faites par les malades eux-mêmes après la guérison suffisent pour mettre en lumière la différence intime qui existe entre cette forme de la mélancolie et la démence. Il y a entre la mélancolie avec stupeur et la démence la même différence que nous trouvons dans les nerfs sensitifs entre la diminution passagère de la sensation des impressions douloureuses, accompagnée de nouvelles sensations anormales d'une part, et l'anesthésie complète et persistante d'autre part. Mais, de même que ces deux états peuvent provenir de la même cause (compression), et que, d'un autre côté, il n'est pas rare de voir ces deux états se succéder et se transformer bientôt de l'un à l'autre, de même la mélancolie avec stupeur, quand elle se prolonge longtemps, peut se transformer en une faiblesse persistante des facultés intellectuelles avec cessation de l'émotion douloureuse, c'est-à-dire qu'elle peut dégénérer en démence, en un état par conséquent où l'activité intellectuelle n'est pas seulement entravée, mais réellement détruite, et d'une manière persistante et profonde.

Ce qui distingue extérieurement ces deux états, en dehors de l'expression différente du visage et en particulier du regard, c'est d'un côté l'apparition souvent primitive et très rapide de la mélancolie avec stupeur, et de l'autre l'amaigrissement avec coloration sale de la peau du visage, l'irrégularité des sécrétions, le sommeil rare, la grande opposition aux mouvements passifs, le refus de nourriture et les tentatives de suicide, circonstances qui ne s'observent pas dans la démence.

Quand la mélancolie avec stupeur ne passe pas à la démence, elle se

femme qui pendant la durée de son accès avait manifesté des idées mélancoliques et donné des signes de violente terreur. Après la guérison, cette femme prétendit ne se souvenir de rien, bien qu'on eût à plusieurs reprises noté les manifestations de son délire.

Il est probable, d'ailleurs, qu'il y a des cas où l'exercice intellectuel est véritablement suspendu. C'est ce qui doit arriver surtout lorsqu'il existe un état congestif, comme cela a lieu à la suite des accès d'épilepsie et dans certains cas de dépression profonde liée à la paralysie générale. (B.)

prolonge rarement au delà de quelques mois; beaucoup de malades guérissent, et la plupart guérissent promptement, ils paraissent sortir d'un rêve; les drastiques et les vésicatoires ont souvent une efficacité évidente. La mort survient quelquefois à la suite de l'augmentation des phénomènes de compression cérébrale (pouls très lent, etc.), parfois aussi comme terminaison d'un marasme intense et progressif lié à un catarrhe intestinal ou à la phthisie pulmonaire; j'ai vu un malade se suicider (1).

La mélancolie avec stupeur apparaît quelquefois primitivement, souvent, chez les femmes jeunes, à la suite d'un profond ébranlement moral; quelquefois aussi elle succède à des attaques d'épilepsie, à la manie, ou bien elle alterne avec cette dernière.

Obs. XVIII. — *Mélancolie avec stupeur consécutive à une fièvre intermittente. Guérison.* — M. B....., âgé de vingt-cinq ans, chef de bureau dans une administration, fut amené à Charenton, le 12 août 1833. Ce jeune homme avait eu antérieurement deux accès de folie, l'un à quinze ans, l'autre à vingt-deux. Le premier avait duré six semaines, le second quinze jours seulement. B..... entrait en convalescence d'une fièvre intermittente qui s'était prolongée pendant six semaines, lorsque tout à coup et sans cause connue ce troisième accès éclata après quelques jours d'une violente céphalalgie. Les symptômes du début ont été ceux d'une fièvre cérébrale; il y a eu des convulsions qui sont revenues à plusieurs reprises pendant trois semaines; le malade a fait plusieurs tentatives de suicide. — Le malade, à son entrée à la maison de Charenton, est dans l'état suivant: Le teint est pâle, les yeux fixes, largement ouverts, ordinairement tournés vers la terre; la physionomie a perdu toute expression et dénote une profonde hébétude. B..... reste toute la journée assis à la même place, dans un état de mutisme complet, et paraît étranger à tout ce qui l'entoure. Quand on l'interroge, il faut parler à haute voix et répéter plusieurs fois les questions; il n'y répond que par des mono-

(1) Parmi les arguments qu'il est permis d'invoquer pour rattacher à la mélancolie l'état que les manigraphes français désignaient sous le nom de *stupidité*, j'ai surtout insisté sur la fréquence des tentatives de suicide. On peut voir en effet, dans mon travail, que sur sept malades cinq ont cherché à se suicider. Je dois d'ailleurs faire remarquer que ces tentatives sont plus rarement funestes que celles qui ont lieu chez les mélancoliques ordinaires. Le malade dans l'état de stupeur, au milieu des hallucinations qui l'assiégent, n'a ni la dissimulation ni le calcul des monomaniaques, son action est en quelque sorte purement automatique, et il ne sait point choisir le lieu et l'heure les plus favorables pour déjouer la surveillance.

Cette fréquence des tentatives de suicide dans la mélancolie avec stupeur offre un certain intérêt au point de vue pratique; elle nécessite en effet une surveillance exacte dont on serait très porté à se relâcher en voyant l'état d'inertie et de stupeur de ces malades. (B.)

syllabes prononcés lentement et à voix basse. En marchant il se retient au mur, aux personnes qui l'entourent, et sa démarche est très lente; il résiste quand on le conduit au bain. La mémoire paraît complétement abolie; on est obligé de faire manger le malade; sa malpropreté est telle, qu'on est obligé de lui mettre la longue blouse de toile des gâteux. La sensibilité est obtuse, le sommeil prolongé, l'appétit très grand.

Esquirol lui fait mettre un large vésicatoire à la nuque. Bientôt B..... se plaignit du mal que lui faisait cet exutoire, et dès ce moment il commença à aller un peu mieux. Ses réponses sont plus longues, sa voix plus forte; il ne peut, dit-il, débrouiller ses idées; il a quelque chose qui le gêne. La physionomie conserve son caractère d'hébétude, et la malpropreté est toujours la même. Parfois le malade rit tout à coup aux éclats en regardant un aliéné vêtu comme lui d'une longue blouse de toile. Le 15 octobre, le mieux devient plus tranché; B..... est plus propre, et il commence à faire un peu de musique. En décembre, la guérison était complète, la physionomie ouverte et animée; on reconnaît en B..... une instruction solide, une intelligence bien développée. — B..... compare l'état dans lequel il était resté pendant trois mois à un long rêve. Autour de lui tout s'était transformé; il croyait à une sorte d'anéantissement général; la terre tremblait et s'entr'ouvrait sous ses pas; il se voyait à chaque instant sur le point d'être englouti dans des abîmes sans fond. Il se retenait aux personnes qui étaient près de lui, pour les empêcher de tomber dans des précipices semblables à des cratères de volcans. B.... prenait la salle de bains pour l'enfer et les baignoires pour des barques. Son vésicatoire à la nuque était devenu pour lui la marque des forçats, et il se croyait à jamais déshonoré par ce signe d'infamie. Les personnes qui l'entouraient étaient pour lui des morts ressuscités. Il apercevait son frère au milieu des supplices; il entendait sans cesse les cris de ses parents qu'on égorgeait et qui imploraient son secours; chaque cri était pour lui comme un coup de poignard. Des détonations d'armes à feu éclataient de tous côtés et traversaient son corps sans le blesser. Dans son esprit, tout était chaos, confusion, bouleversement. Il ne distinguait plus les jours et les nuits, les mois lui semblaient des années, etc. Il s'accusait d'ailleurs de tout le mal qui se faisait, et c'est pour cela qu'il a tenté plusieurs fois de se tuer. Plus il souffrait, plus il était content; car il regardait ses souffrances comme une juste expiation de ses crimes. Lorsqu'il commençait à aller mieux, on lui apporta une lettre de son père qui, dit-il, lui fit beaucoup de bien en le ramenant à des idées plus justes sur sa position. (Baillarger, *loc. cit.*).

Obs. XIX. — *Mélancolie intermittente pendant les règles, mélancolie avec stupeur. Guérison.* — La femme M....., âgée de quarante-

quatre ans, entrée à la Salpêtrière le 24 octobre 1842. Pendant ses règles, la malade fait plusieurs tentatives de suicide. Cependant la raison revint presque immédiatement, et dans les premiers jours de novembre la santé était parfaite; le délire ayant reparu quelques jours après, la malade est ramenée à la Salpêtrière le 25 novembre. Le lendemain, elle a ses règles et fait une nouvelle tentative de suicide. — Elle est calme, inoccupée; sa physionomie est triste, un peu hébétée, son regard est incertain. Quand on l'interroge, elle répond sans difficulté; mais ses réponses sont lentes, brèves, elle cherche ce qu'elle veut dire. Elle ne peut plus compter ni les jours ni les mois; elle prétend ne pas pouvoir se retourner; il lui est impossible d'avoir une pensée nette. Elle a la tête lourde et fatiguée. Elle est triste, mais elle ne sait pas pourquoi; elle croit avoir fait beaucoup de mal, mais elle ne peut rien spécifier. Autour d'elle tout est changé. Elle a des bourdonnements d'oreille, des hallucinations de l'ouïe; au moment de s'endormir, elle voit des ombres, des figures, etc.; elle se réveille en sursaut. L'appétit est assez bon; constipation; le pouls est à 100; la peau n'est pas chaude. — On prescrit des laxatifs; on force la malade à se promener, à assister aux réunions; on l'encourage au travail; on lui fait prendre des bains: amélioration notable. — Le 27 décembre, les règles parurent, la malade ne manifesta aucune idée de suicide; son état ne s'était point aggravé. Après la cessation des règles, l'amélioration fut rapide; la malade s'occupe du ménage et cause plus longuement. Le 6 janvier, elle était devenue complétement raisonnable; elle donna les renseignements suivants : Pendant son délire, M..... voyait du feu autour d'elle et brûlait sans que cela lui fît de mal; elle sentait des odeurs infectes, ne trouvait aucun goût à tout ce qu'elle mangeait. Les nuits lui semblaient si longues, qu'elle les supposait d'une durée double des nuits ordinaires. Elle entendait comme des voix qui bourdonnaient autour d'elle, mais sans rien distinguer. Pendant les premiers jours elle a cru être dans une prison, et prenait les femmes pour des hommes déguisés. Le soir, à l'approche de la nuit, les figures lui semblaient effrayantes; le matin, au contraire, elle voyait les choses plus nettement. Tout à fait au début, elle était persuadée qu'on allait la jeter dans des chaudières d'eau bouillante; elle entendait le bruit de l'eau en ébullition et celui qu'on faisait en mettant le charbon dans les fourneaux. Quant aux causes qui l'ont portée à ses deux tentatives de suicide, c'est tout le bouleversement qui avait lieu autour d'elle, et dont elle croyait être la cause : les uns disaient qu'ils avaient mal à la tête, les autres qu'ils étaient enrhumés; et comme elle était l'auteur de tout cela, il fallait mieux mourir. » (Baillarger, *loc. cit.*)

CHAPITRE IV.

MÉLANCOLIE AVEC PENCHANTS DE DESTRUCTION.

§ 125. — Dans la mélancolie cet état émotionnel fondamental de désharmonie des sentiments, d'anxiété et de douleur morale en général, fait naître certains penchants, certaines directions de la volonté, qui se traduisent par des actes dont le caractère est toujours négatif, lugubre, hostile et destructif. Les idées et les sentiments négatifs qui ici se transforment en efforts, les actes qui en sont la conséquence, peuvent être dirigés, soit contre l'individu lui-même, soit contre d'autres personnes, soit enfin contre des objets inanimés ; on a même décrit ces faits, d'après la différence des actes extérieurs, comme des monomanies différentes (monomanie du meurtre, monomanie du suicide, monomanie incendiaire, etc.).

A. — *Du suicide.*

L'histoire pathologique et étiologique du suicide n'appartient pas tout entière à la médecine mentale ; en effet, quoi qu'en aient pu dire quelques autorités scientifiques (1), il s'en faut de beaucoup que le suicide soit toujours un symptôme ou le résultat d'une maladie mentale. Il n'y a pas folie là où le sentiment du dégoût de la vie est en rapport exact avec les circonstances actuelles, avec des causes morales manifestes, non plus que dans les cas où la résolution du suicide a pu être prise librement, puis abandonnée suivant les circonstances, et où l'on ne trouve aucun autre symptôme d'une affection mentale. Quand un individu qui a des sentiments délicats se tue, afin de ne pas survivre à la perte de son honneur ou d'un autre bien élevé qui fait partie intime de son existence intellectuelle, quand un homme préfère la mort à une vie misérable, honteuse, tou-

(1) Esquirol (*loc. cit.*, t. I, p. 665) : « Je crois avoir démontré que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire, et que les suicides sont aliénés.» — Falret, *De l'hypochondrie et du suicide*, 1822. — Mais Esquirol s'exprime, dans d'autres parties de son ouvrage, d'une façon moins absolue. — M. Bourdin (*Bullet. de la Soc. méd. prat. de Paris*, 1845) a cherché à démontrer, dans un travail étendu, ce fait, que le suicide est toujours une monomanie. M. Brierre de Boismont s'est élevé dans ces derniers temps contre la doctrine qui tend à considérer toujours le suicide comme un phénomène morbide, et, se fondant sur un recueil intéressant des dernières lettres d'un très grand nombre de suicides, il fait remarquer qu'elles sont ordinairement écrites avec une grande clarté et beaucoup de sang-froid.

(*Note de l'auteur.*)

jours agitée par des souffrances morales et physiques qui se renouvellent sans cesse, la morale a peut-être à lui demander compte de son acte, mais il n'y a aucun motif pour que l'on tienne cet homme pour fou : — le dégoût de la vie et l'idée du suicide répondent à l'intensité des impressions pénibles que l'individu ressent, et c'est avec réflexion que l'acte est résolu et accompli.

Mais les faits de cette catégorie sont les plus rares. Le plus souvent le penchant au suicide provient d'une mélancolie très développée et caractérisée par ses symptômes habituels, ou bien (et cela est encore plus fréquent) d'un état de perversion douloureuse, modérée mais générale, des sentiments, qui est sur la limite entre la santé et la maladie mentale et qui se rapproche beaucoup de la mélancolie. Dans l'accomplissement froid, et en apparence réfléchi, de l'acte du suicide, quand on le prend isolément, il n'y a rien de contradictoire à la maladie psychique, pas plus que dans les maladies mentales en général. La disposition en vertu de laquelle on voit facilement apparaître ces états de douleur mentale, qui le plus souvent coïncident avec l'épuisement, la froideur et l'obtusion de la réaction des sentiments, est exactement la même que la disposition à la folie. Lorsque ces états ont une fois apparu, ils se fixent d'autant plus facilement et dominent d'autant plus l'individu, qu'un *moi* faible ne permet qu'une résistance peu énergique à cette disposition de l'esprit ; aussi se présentent-ils souvent comme le résultat d'une faiblesse antérieure du caractère. Ce qui les distingue essentiellement du dégoût de la vie, qui est le résultat direct de causes morales suffisantes, c'est qu'ils se produisent tout intérieurement (voy. § 37) ; c'est qu'il n'existe pas des causes morales suffisantes pour expliquer l'acte, que souvent ils succèdent d'une façon évidente à une maladie physique, qu'ils présentent des exacerbations périodiques sans cause morale, et que parfois enfin ils sont manifestement héréditaires. Quand l'âme est entièrement dominée par ces perversions des sentiments, aucune idée, aucun penchant contraire ne vient s'opposer à la pensée, soit spontanée, soit communiquée (1) du suicide, ou bien ces idées et ces penchants n'ont qu'une action très limitée, ou encore l'esprit les transforme et les dénature au profit de la pensée du suicide qui, se représentant d'une façon constante et avec l'opiniâtreté qui caractérise toutes les autres dispositions mélancoliques du même genre, s'empare progressivement du *moi* et finit par le dominer. Ainsi, plus les motifs extérieurs de l'acte sont insignifiants, plus on trouve dans la vie antérieure de l'individu des causes ou déjà quelques symptômes de folie commençante ; plus les moyens qui ont servi à l'accomplissement du suicide sont barbares et extraordinaires,

(1) Suicide par imitation.

plus aussi on est autorisé à considérer cet acte comme le résultat d'une perversion morbide.

Quelquefois on voit chez des individus jusqu'alors bien portants apparaître subitement un penchant au suicide, comme une forme du raptus mélancolique, avec obscurcissement de la conscience et avec tous les signes d'une grande exaltation (voy. *obs.* XX). — Comme dans le fait observé par M. Forbes Winslow, d'une personne qui tout à coup, pendant son repas, durant lequel on n'avait rien remarqué d'extraordinaire en elle, s'élance et veut se précipiter par la fenêtre ; on la retient, et aussitôt un accès de manie éclate. Si le suicide s'était accompli, on aurait vu dans ce fait un exemple de *raptus* tout à fait problématique chez un sujet bien portant. Dans beaucoup de ces cas où l'on voit un individu prendre brusquement la résolution de mourir, et la mettre à exécution, sans qu'on puisse reconnaître chez lui un délire caractérisé, si l'on examine attentivement les choses, on trouve que depuis longtemps déjà l'individu était plongé dans un état d'hypochondrie, qu'il réfléchissait constamment sur son état de santé, qu'il se plaignait de ne pouvoir penser et vouloir comme autrefois, d'éprouver un abattement général avec des symptômes vagues de malaise physique, et en particulier de quelque trouble digestif. — Elle est plus chronique la marche du dégoût de la vie qui apparaît sous forme de *spleen* quand on est blasé sur tout, de cet état d'épuisement général et d'anéantissement de l'activité psychique qui survient sous l'influence de diverses causes, et entre autres, du libertinage, de l'onanisme, des excès vénériens ; parfois il semblerait presque que de légères perturbations dans le développement sexuel puissent amener non-seulement ces états d'hypochondrie, d'alanguissement de l'âme, que l'on observe assez souvent à l'époque de la puberté, mais chez quelques individus un penchant immédiat au suicide.

Le suicide s'observe à tous les âges de la vie, déjà même chez de jeunes enfants. Nous avons déjà dit plus haut (voy. § 92) qu'il est souvent héréditaire, et qu'il peut alterner dans différentes générations avec d'autres formes de l'aliénation mentale. Il est environ trois fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Les statistiques exactes les plus récentes paraissent indiquer qu'il augmente d'une manière surprenante et pour ainsi dire toujours progressive. M. Casper a démontré la réalité de ce fait pour la ville de Berlin. En France, la statistique officielle du ministère de la justice constatait l'accroissement extraordinaire, d'un quart, des cas de suicide, dans une période de dix années, de 1827 à 1837 ; de 1838 à 1852, l'augmentation a encore continué ; en 1838 et 1839, on comptait un cas de suicide sur 12 489 habitants, et en 1852, 1 sur 9340 (Lisle) ; on avait constaté en 1827 1 suicide sur 20 660 habitants, et en 1836, 1 sur 14 338. — On sait qu'il n'est pas rare que

le suicide se propage par imitation ; les exemples de faits de ce genre sont nombreux, depuis le fait des jeunes filles de Milet dont parle Plutarque, jusqu'à celui bien connu de la guérite des Invalides à Paris, et d'autres plus récents encore. Dans tous les temps aussi on a vu des cas où deux individus de sexe différent se suicidaient en même temps, et d'autres où un individu se suicide après avoir commis un acte de violence sur d'autres personnes.

Notre intention n'est pas d'entrer ici dans de longs développements sur les causes et sur l'importance sociale du suicide, non plus que sur la statistique des divers pays. Pour ce qui est de cette dernière, des centaines de documents indiquent, comme nous l'avons déjà fait remarquer, une augmentation des cas de suicide dans ces derniers temps, mais il en est de cette augmentation comme de celle de la folie (voy. § 85). Les statistiques anciennes sont incertaines et défectueuses, et il serait possible que l'augmentation que l'on constate maintenant ne fût qu'apparente, parce que les listes récentes sont de plus en plus exactes et plus complètes. Ainsi que je l'ai rapporté dans la première édition de ce livre, M. Archambault assurait en 1843 (*Ann. méd.-psych.*, t. I, p. 174) que cette augmentation du suicide, pour la France, n'était qu'apparente, et que cette différence provenait du soin plus grand avec lequel les statistiques étaient dressées. Cela est possible, absolument comme pour la folie en général (voy. § 85), mais cela n'est nullement probable ; il faut admettre qu'il y a une augmentation réelle, mais non pas dans ces énormes proportions qu'on a indiquées. M. Salomon (*Welches sind die Ursachen...*, Bromberg, 1861) a d'ailleurs publié quelques tableaux statistiques intéressants, desquels il résulte que, de 1846 à 1855, le chiffre des suicides en Belgique, en Suède et même à Paris, loin de s'accroître dans une proportion constante, s'est maintenu dans de certaines limites, qui ne sont pas très étendues. — Dans les pays de l'Europe centrale, on compte actuellement en moyenne un suicide sur 12 000 à 15 000 habitants. En Orient le suicide était et est encore rare. — Au moins un cinquième, peut-être un quart des individus qui se suicident sont des ivrognes. En France le plus grand nombre des suicides se noient, en Angleterre et en Allemagne ils se pendent. — Un fait particulièrement triste, c'est le suicide chez les enfants. En Angleterre, en l'espace de cinq ans, de 1852 à 1856, sur 5415 cas de suicide, on comptait 33 cas au-dessous de dix ans (Buckle). M. Durand-Fardel (*Ann. méd.-psych.*, 1855) a réuni vingt-six faits de suicide chez des enfants de cinq à quatorze ans. Les motifs qui les poussent sont d'ordinaire chétifs par rapport à ceux des adultes, c'est la crainte d'une punition, etc. Un enfant de neuf ans s'est donné la mort parce qu'il avait perdu un oiseau ; un enfant de onze ans, dont parle M. Schlager, se suicida parce que son amour était repoussé ; un

autre, âgé de cinq ans, se jeta à l'eau parce que sa mère l'avait maltraité. On sait d'ailleurs que la mort n'inspire pas aux enfants le même effroi qu'à la plupart des grandes personnes, et que l'imagination a bientôt fait de dominer leur *moi* si faible encore. Du reste, chez beaucoup de ces enfants on avait déjà remarqué depuis longtemps quelque chose d'anomal, une certaine perversité des sentiments, par exemple de la cruauté envers les animaux, etc.

§ 126. — Chez les sujets réellement aliénés, il faut distinguer (avec M. Guislain) les cas où le penchant au suicide est le fait essentiel par lequel la folie se manifeste et constitue le fond de la maladie, de ceux où il apparaît comme épiphénomène dans le cours d'une autre forme mentale. — La plupart des aliénés chez qui l'on voit survenir le penchant au suicide sont atteints d'une forme quelconque de mélancolie profonde. Mais le motif psychologique sur lequel repose immédiatement ce penchant n'est pas toujours le même. Souvent c'est à l'excès intolérable d'un sentiment général et vague d'anxiété que le malade cherche à se soustraire par le suicide; ou bien il se laisse aller à ce penchant parce qu'il sent que tous ses sentiments sont devenus mauvais et effroyables; il se sent dominé par des idées tristes et pleines d'anxiété : cet asservissement le jette dans le désespoir, et désormais il se regarde comme indigne de vivre, parce que dans son idée sa vie est mauvaise, réprouvée, impie. Ou bien, en outre de ces idées vagues, le malade croit que le monde entier est anéanti, et que par conséquent il faut qu'il se détruise aussi lui-même. Mais ce qui est peut-être le plus fréquent, ce sont les hallucinations, dans lesquelles la désharmonie profonde des sentiments et les idées encore vagues de suicide passent avec une forme sensible, et qui arrivent alors au malade comme si elles venaient du dehors, avec la force et la réalité de perceptions objectives (voix qui disent : « Tue-toi! tue-toi! », ou hallucinations de la vue transmettant au malade des ordres directs de Dieu, etc.). Souvent chez les mélancoliques ces incitations surviennent brusquement et ne sont que passagères (durant quelques heures, quelques jours) ; parfois l'accomplissement, — non suivi de succès, — du suicide amène un soulagement réel et une rémission, de la même manière que dans d'autres cas on voit, à la suite de blessures et d'actes de violence commis sur d'autres personnes par des sujets aliénés, le sentiment d'oppression profonde qui accablait le malade cesser, et le calme se rétablir complétement dans ses esprits. Certains mélancoliques saisissent finement le moment opportun pour mettre à exécution la résolution qu'ils ont prise depuis longtemps, mais qu'ils ont toujours soigneusement cachée ; d'autres manifestent ouvertement, on pourrait presque dire sans pudeur, leur penchant au suicide, et cherchent pendant des semaines, pendant des mois entiers, à satisfaire ce penchant par tous les

moyens possibles, avec violence, souvent même devant les yeux des personnes qui les soignent.

M. Schlager (*Prager Vierteljahr.*, t. LXIV, 1859) a observé sur 1000 aliénés 91 cas de suicide ou de tentatives de suicide; presque tous ces individus étaient des mélancoliques. Dans ces faits les causes prédisposantes les plus importantes étaient des congestions cérébrales, des maladies laissant après elles un épuisement profond, un amour malheureux, l'ivrognerie jointe à une surexcitation des sentiments (dans ce dernier cas on avait vu souvent un penchant au suicide se manifester brusquement, et quand on arrivait à sauver le malade, il ne conservait aucun souvenir distinct de ce qui s'était passé); dans un seul cas c'est la frayeur qui poussa l'individu au suicide (1). L'épuisement de la constitution, l'anémie, une hypérémie cérébrale chronique, la dysménorrhée, la chlorose, l'âge critique, les maladies du cœur, sont aussi notés comme ayant une grande influence. Le genre de mort que ces individus avaient choisi le plus souvent, c'était la pendaison.

Mais ce n'est pas seulement dans la mélancolie que l'on voit survenir ce penchant au suicide, on l'observe encore dans d'autres formes mentales. Dans ces cas c'est rarement le dégoût de la vie qui engendre ces idées de suicide; ce qui pousse les malades, ce sont plutôt toutes sortes de conceptions délirantes, d'idées monomaniaques dans le sens restreint

(1) Parmi les causes du suicide, on sait que l'hérédité est une de celles dont il faut tenir le plus de compte. On doit donc redouter les tentatives de suicide chez les mélancoliques qui comptent un ou plusieurs suicidés parmi leurs ascendants. Esquirol a cité des exemples très remarquables de cette influence héréditaire, et je puis compléter ici l'une des observations qu'il a rapportées. C'est celle de ce négociant, père de six enfants, cinq fils et une fille, et dont les quatre fils se suicidèrent; le cinquième fils devint aliéné, et guérit. La fille eut un accès de manie pendant lequel elle fit de nombreuses tentatives de suicide.

L'un des petits-fils de ce négociant a été confié à mes soins, et il avait essayé de se tuer en se frappant de deux coups de couteau sur le trajet des carotides.

J'ai recueilli plusieurs observations où l'influence héréditaire est aussi marquée que dans ce fait d'Esquirol. Je citerai entre autres le suivant, tel qu'il résulte d'une lettre qui m'avait été adressée par un ancien condisciple pour me recommander une dame atteinte de mélancolie : « J'ai appris hier, disait l'auteur de la lettre, une chose qui peut-être a été la cause de l'état où se trouve la malade. Il paraît que le surlendemain du mariage de cette jeune femme, sa mère a voulu se pendre, et que c'est la malade elle-même qui l'a trouvée et qui a coupé la corde. Cet acte de désespoir de la mère n'a rien qui doive surprendre, car depuis un siècle la monomanie du suicide sévit dans la famille. Ainsi, le grand-père de la mère s'est jeté à l'eau, le père s'est pendu; deux sœurs de la mère se sont jetées dans leurs puits ; une autre sœur est morte folle ; les autres parents du côté de la mère ont la tête plus ou moins dérangée. » (B.)

de ce mot : l'idée, par exemple, de mourir martyr pour l'humanité, de monter au paradis qui leur apparaît dans des visions lumineuses, etc.; cependant on voit quelquefois aussi chez des individus atteints de démence partielle survenir des accès intercurrents de penchant au suicide, provoqué par le dégoût le plus profond de la vie, et apparaissant comme une forme de *raptus* mélancolique ou maniaque. Il y a eu pendant de longues années à l'asile de Winnenthal un malade en état de démence partielle et d'imbécillité (il croyait être l'empereur de la Chine, etc.) ; de temps à autre, sous l'influence d'une forte congestion de la tête, il était pris d'un profond dégoût de la vie, et ce n'est qu'en veillant constamment sur lui avec le plus grand soin que l'on parvint à éviter l'exécution d'un suicide qu'il avait sans cesse l'intention de commettre. Ces accès duraient cinq ou six jours, puis ils disparaissaient complétement ; à chacun d'eux, des sangsues et des ventouses appliquées à la tête ont paru abréger et diminuer l'accès. — Mais il ne faut pas comprendre dans le suicide les cas où des aliénés se tuent par accident et sans avoir eu l'intention de se faire mourir, comme, par exemple, quand un maniaque, au milieu de son délire, prend la fenêtre pour la porte et veut la franchir, ou quand un autre saute par la fenêtre, parce que « Dieu lui a dit : Va à la fenêtre, tu voleras comme un oiseau » (Leuret, *loc. cit.*, p. 290) ; ou encore quand un monomaniaque croit avoir pour mission de convertir l'humanité, et que, pour prouver qu'il est réellement l'envoyé de Dieu et qu'il est invulnérable, il se jette du haut d'un pont et se noie (Falret, *Hypoch. et suicide*, p. 139). Ce ne sont pas là des cas de suicide, ces malades-là ne voulaient pas se tuer. — A ces faits de destruction morbide de soi-même se rattachent encore les cas des mutilations que les malades accomplissent sur eux-mêmes, résultant le plus souvent d'une disposition mélancolique ou d'idées délirantes, cas dans lesquels les aliénés se coupent un doigt, s'arrachent les yeux, se coupent les testicules, etc.; quelquefois on peut constater dans ces cas une diminution notable de la sensibilité de ces parties.

Il y a aussi des cas où des aliénés simulent une tentative de suicide, et ce fait même ne doit pas être cependant regardé comme prouvant que la folie elle-même est simulée. M. Morel (*Ann. méd.-psych.*, 1854) rapporte un cas de ce genre.

OBS. XX. — *Idées et tentatives de suicide survenant brusquement, avec obscurcissement de la conscience, et ne laissant aucun souvenir.* — Une femme qui existe encore, âgée de quarante-trois ans, mère de six enfants, dont quatre vivants, avait été valétudinaire pendant sa jeunesse, et paraissait même avoir eu une forte disposition à la phthisie. L'apparition des règles à l'âge de treize ans améliora sa santé, et depuis elle se porta bien. A l'âge de dix-neuf ans, elle épousa un homme qu'elle

aimait et qui la rendit très heureuse. Sa santé se soutint malgré plusieurs grossesses qui se succédèrent en peu de temps; seulement elle éprouvait souvent une céphalalgie hystérique, et vers l'époque des menstrues, des spasmes abdominaux pendant quelques jours. A cela près, elle n'avait jamais ressenti d'autre accident. Son mari l'aimait tendrement; ses enfants, qu'elle avait en partie nourris, et sa fortune, prospéraient. Cependant, le 24 juillet, après avoir souffert pendant quelques jours de son mal de tête, mais qui s'était complétement dissipé, elle s'assied à trois heures et demie devant sa porte, paraît très gaie et s'occupe à coudre. Tout à coup et sans le moindre motif, elle se lève brusquement et s'écrie : « Il faut que je me noie ! » court vers le fossé de la ville qui est près de sa demeure, et s'y précipite. Heureusement un de ses voisins, témoin de la scène, la suit de près et la retire aussitôt de l'eau ; mais elle avait déjà perdu connaissance. On la porta chez elle dans un état d'asphyxie, qui céda néanmoins aux soins d'un médecin qu'on venait d'appeler; la malade resta muette, les yeux ouverts, immobiles et fixés sur un seul point, sans avoir l'air de s'occuper de ce qui se passait autour d'elle. Médecin de la maison, j'étais alors en voyage, de sorte que je ne vis la malade que le 25 au soir. Elle s'était, il est vrai, soumise patiemment à tout ce qu'on avait cru devoir faire pour son rétablissement; mais elle n'avait encore proféré une seule parole, n'avait bu, ni mangé, ni dormi, et paraissait complétement indifférente pour tout ce qui l'entourait. Le jour avait disparu, et l'appartement était sombre lors de mon arrivée; la malade était couchée, et soupirait continuellement. Je lui parlai, elle tressaillit et prononça mon nom. On apporta de la lumière, et dès qu'elle me vit elle me demanda : « Mon Dieu ! où suis-je, et que s'est-il passé en moi ? » Cette exclamation fut suivie d'abondantes larmes. Je tâchai de la calmer, l'engageai à se livrer au sommeil et lui promis de revenir le lendemain matin. Après avoir reconnu son mari, s'être informée de ses enfants, elle s'endormit tranquillement jusqu'au lendemain matin. Après son réveil, elle prit d'un air gai des informations sur tout ce qui la concernait, et apprit avec étonnement la tentative qu'elle avait faite ainsi que le danger auquel elle s'était exposée. A ma visite, le matin à huit heures, je la trouvai sur son séant dans son lit et déjeunant avec beaucoup de plaisir. Elle me demande en riant ce que j'ai pensé, ce que j'ai dit d'elle, et désire savoir de moi comment a pu lui venir l'idée extravagante de se noyer sans qu'elle le sache elle-même et sans avoir eu le moindre motif de se porter à une semblable extrémité. Elle se plaint seulement d'avoir faim, d'être faible et d'éprouver de la douleur par l'effet d'application de vésicatoires. Le lendemain elle quitte le lit et n'offre plus aucun signe de maladie. Quoique depuis elle ait eu plusieurs couches, qu'elle ait perdu sa mère ainsi que deux enfants, qu'elle ait

éprouvé bien des fois, par l'effet de la guerre, de la frayeur, du chagrin et de l'agitation, aucune pensée funeste ne lui est venue à l'esprit; et si ce n'est des accidents hystériques et des difficultés de la menstruation, elle est restée jusqu'à ce jour bien portante et pleine de gaieté. Chaque fois qu'on lui parle de sa tentative de suicide, elle en rit et témoigne son contentement d'avoir été sauvée. (Mende, in *Henke Zeitschr. für die Staatsarzn.*, 1821.)

OBS. XXI. — *Tendance au suicide engendrée par des hallucinations cachées.* — Un homme, jouissant d'une très belle fortune, s'était livré à la masturbation, néanmoins il était fort et bien portant et sans autre cause de chagrin que le souvenir des horreurs de la révolution, dont il épousait d'ailleurs les principes. Il fit plusieurs tentatives de suicide; souvent il demandait des pistolets, ne voulant que ce moyen pour se tuer. Pendant deux ans que je lui ai donné des soins il n'a pas déraisonné un instant ; il était gai, aimable, très instruit, me disant quelquefois: «Donnez-moi un pistolet... —Pourquoi voulez-vous vous tuer? —Je m'ennuie.» Ce n'a été qu'après deux ans qu'il m'a avoué que depuis longtemps il avait des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il croyait être poursuivi par les agents de la police; il les entendait et les voyait même à travers les murs de son appartement, dont, ajoutait-il, les murailles étaient doublées de planches à coulisses pour que l'on pût voir et entendre ce qu'il faisait et disait. (Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, p. 555.)

OBS. XXII. — *Vague penchant au suicide, déterminé par une grande frayeur dans un état d'épuisement considérable.* — N..., tailleur, trente et un ans, s'est épuisé par l'onanisme et a dû plus tard subir plusieurs traitements mercuriels. Lors de l'explosion du choléra en 1831, il fut tellement effrayé d'apprendre qu'on arrachait les malades de leurs demeures avec des pinces, et qu'en outre on les maltraitait cruellement, qu'il tomba en syncope et se crut atteint du choléra. D'abord l'inquiétude à laquelle il était en proie l'empêcha de travailler; il ne pouvait pas dormir la nuit, et l'idée qu'il était exposé aux effroyables traitements dont il avait entendu parler le mettait tout hors de lui; il alla même passer les nuits chez des personnes de connaissance, parce qu'il craignait qu'on ne l'emmenât à un lazaret de cholériques. Pendant son travail il fut pris d'un tremblement des membres résultant de la peur, tremblement qu'il crut d'autant plus être un précurseur du choléra, qu'il avait entendu dire que la peur y prédisposait. Son appétit disparut, et il redoutait surtout de manger beaucoup, parce qu'il croyait qu'une grande quantité d'aliments lui ferait du mal; aussi la digestion s'affaiblit-elle considérablement. Sans cesse tourmenté par la peur, il dormait peu, rêvait beaucoup de meurtres, d'enterrements; dans le jour il n'osait pas sortir, de peur d'être pris par la maladie ou par la police. Ce tourment le mit

dans un tel état d'excitabilité mentale, qu'il s'attendrissait même en voyant mener des animaux à l'abattoir, parce qu'il se représentait la manière dont on leur met le couteau dans la gorge. Enfin il se remit un peu de cette frayeur ; mais un jour il entendit tirer un coup de fusil, et il s'en effraya beaucoup, parce qu'il crut que quelqu'un venait de se tuer. Le même soir il apprit qu'un voisin s'était coupé le cou. Son anxiété atteignit alors le plus haut degré ; il lui fut impossible de dormir de toute la nuit, pensant toujours à la manière dont cette personne s'était suicidée et à la partie du corps qu'elle s'était coupée. Vainement s'efforça-t-il de bannir ces idées, que la circonstance la plus éloignée reproduisait toujours : par exemple, la vue d'une statue sans tête, dans le Musée du roi, lui semblait représenter une personne à qui on avait coupé le cou. Quand il voyait un couteau, il croyait qu'il allait se couper la gorge, malgré son amour pour la vie et son horreur pour la mort. Quand il avait un couteau à la main, il tremblait aussitôt, et le rejetait loin de lui, ou bien il le mettait sous son assiette pour ne plus le voir. Il pensait constamment à toutes sortes de genres de mort violente : voyait-il une corde, aussitôt il pensait à se pendre ; passait-il sur un pont, il lui semblait qu'il allait sauter dans l'eau, aussi ne touchait-il pas aux garde-fous, mais il marchait sur le milieu de la chaussée et en courant vite, afin de pas être entraîné malgré sa volonté, s'il marchait lentement ; quand il se mettait à une fenêtre, aussitôt l'envie lui prenait de s'y jeter, et il se rejetait tout ému dans la chambre. On voulut le faire jouer avec un couteau et des pistolets, pour l'habituer un peu, mais il ne put prendre sur lui de vaincre son anxiété. Cet état s'empirant toujours, le malade vint de lui-même demander son admission à l'hôpital de la Charité. Il y resta longtemps encore dans le même état ; enfin, grâce à un travail manuel constant et à l'emploi des bains et des douches, on obtint une guérison complète. (Ideler, *Notes ajoutées à la traduction de l'ouvrage de Marc.*) (1)

OBS. XXIII. — *Suicide déterminé par l'inquiétude et des halluci-*

(1) Marc, cité ici par M. Griesinger, rapporte qu'il a été lui-même en proie, trois années de suite, mais chaque fois pendant quelques jours seulement, à une mélancolie-suicide. « J'ai éprouvé, dit-il, dans ma jeunesse un état semblable, mais périodique. Jouissant, d'ailleurs, d'une santé parfaite, je fus atteint, pendant trois ans, vers l'automne, d'un sentiment d'anxiété accompagné d'un désir indéfinissable de terminer mon existence, au point que je fus obligé de prier un de mes amis de me surveiller pendant la durée de ces accès, qui, après s'être prolongés pendant plusieurs jours, se terminaient chaque fois par un saignement de nez. Cependant aucun des signes ordinaires de pléthore et de congestion cérébrale ne s'était manifesté ; mon teint était plutôt pâle et bilieux que coloré. La seule considération qui combattait énergiquement en moi ma propension funeste, était la pensée du désespoir dans lequel je plongerais mes parents. » (B.)

nations. — Un ancien militaire, âgé de trente-huit ans, se casse les deux jambes, on les lui ampute. Il devient sombre et a un accès de manie; il entend des voix qui l'insultent sans cesse, qui le persécutent et le menacent d'être fusillé; puis arrivent les réponses qu'il adresse à ces voix. Cet état d'hallucinations et d'anxiété dure dix mois, malgré tous les moyens de traitement; le malade se concentre de plus en plus dans ces fausses sensations...; il refuse opiniâtrément de manger, pour se soustraire à ces tourments...; les voix lui ordonnent de ne plus manger, on est obligé de recourir à l'alimentation forcée...; plus il s'affaiblit, plus les voix deviennent fortes; enfin il meurt épuisé. (Sc. Pinel, *Pathologie cérébrale*, p. 212.)

Obs. XXIV. — « Je traite actuellement une jeune fille qui, à la suite d'une chute violente sur le sacrum, eut une procidence de la matrice, et qui était prise d'une tristesse profonde, avec la divagation la plus singulière des idées et penchant au suicide, toutes les fois que, par le fait d'un effort quelconque, le col de l'utérus se montrait à l'orifice du vagin ou franchissait la vulve. L'usage d'un pessaire fit cesser toutes ces anomalies remarquables. » (Guislain, *Phrénopathies*, 1838, p. 282.) (1)

B. — *Mélancolie avec penchant au meurtre et à la destruction.*

§ 127. — A ce penchant mélancolique au suicide se rattache directement et immédiatement le penchant morbide au meurtre et à la destruction d'objets inanimés. Non-seulement ces divers penchants s'observent fréquemment chez le même sujet; non-seulement ces actes de violence commis sur d'autres personnes, en ce qu'ils sont souvent commis sur ce que le malade a de plus cher et de plus aimé, ont essentiellement le caractère de blessures et de mutilations qu'ils se font à eux-mêmes, et cela d'après le motif intérieur qui les détermine; mais encore en général ils ont pour origine le même état fondamental d'émotion morbide négative : dans chacun d'eux on observe certaines différences quant à la cause morbide prochaine qui y préside.

(1) Il est des cas qui me paraissent difficiles à classer au point de vue de la mort volontaire : je veux parler de certains malades qui ont pour idée fixe la crainte du suicide. Ces malades n'ont aucune impulsion à se tuer, mais ils sont en proie à la crainte que cette impulsion ne leur vienne. Tel était le cas d'une ancienne institutrice pour laquelle j'ai été consulté. Depuis plusieurs mois, cette dame se faisait accompagner par une femme qui ne la quittait pas un seul instant. On comprend bien cet état quand on voit certaines personnes qui n'osent pas, par exemple, monter sur un édifice élevé, dans la crainte que l'idée de se précipiter ne leur vienne. Il importe de faire remarquer qu'il ne s'agit pas ici de l'impulsion, mais seulement de la crainte de l'impulsion. (B.)

Pour ce qui est d'abord des motifs psychiques sur lesquels sont fondés ces actes de violence chez des individus déjà atteints antérieurement de mélancolie, ces penchants proviennent en partie d'un délire réel de l'imagination ou de la perception sensoriale. A cette catégorie appartiennent les cas où les malades se croient persécutés ou en général lésés par d'autres personnes, où ils attribuent à certaines personnes les paroles agressives ou injurieuses qu'ils entendent dans leurs hallucinations de l'ouïe, et se livrent alors contre elles à des actes de vengeance. Des actes de violence qui se rapprochent beaucoup de ceux-ci, ce sont ceux qui résultent de cette idée évidemment mélancolique, que tout est mauvais, que tout est réprouvé et perdu dans le monde, et que par conséquent, en tuant dès le berceau, par exemple, les enfants encore innocents, on les arracherait aux misères de ce monde ; ou bien que, — sans que rien motive cette crainte, — il ne reste plus au malade aucun moyen d'existence, et que bientôt il périra de faim et de misère, etc. Ces idées plus ou moins obscures se reflètent assez fréquemment dans les hallucinations; celles-ci ordonnent alors directement aux malades de commettre un meurtre (de tuer leur enfant, leur époux), et ce qui ressemble beaucoup à cette dernière catégorie de faits, ce sont ces hallucinations de l'ouïe qui ont un caractère de fanatisme religieux (voix de Dieu, ou voix des anges, etc.), ordonnant aux malades d'imiter le sacrifice d'Abraham, etc. Ces actes résultent de cette idée vague qu'ils doivent nécessairement offrir un sacrifice étranger à leur personne, mais cependant se rattachant réellement à eux par des liens intimes, en expiation d'un crime grave,—imaginaire,—qu'ils ont commis, tandis que dans d'autres cas, le malade se regardant lui-même comme un scélérat réprouvé de tous, commet un acte de violence pour s'attirer un châtiment mortel que dans son esprit il a bien mérité.

Dans un très grand nombre de ces cas, ainsi que ceux que nous étudierons dans le paragraphe suivant, il y a à noter un fait très important et caractéristique que nous avons déjà signalé à propos du suicide, c'est que le malade est débarrassé de son état d'émotion douloureuse et de ses idées effrayantes par cela seul que l'acte est accompli et est devenu pour lui objectif ; c'est qu'il est soulagé, apaisé, après avoir manifesté à l'extérieur le sentiment qui l'agitait, circonstance qui fait que l'on a souvent déjà accordé à ces actes une signification critique. Dans les faits suivants, très simples encore, on verra diverses modifications de ce soulagement moral dont nous venons de parler ; le même phénomène s'observe souvent aussi dans l'accomplissement de tentatives de meurtre provoquées par des motifs mélancoliques.

Obs. XXV. — Un cas de mélancolie présentait un caractère qui n'a rien d'extraordinaire, et qui, à un degré élevé et quand il atteint son com-

plet développement, représente une forme de la folie morale (*moral insanity*). La malade, une femme de quarante-cinq ans, mariée, d'un caractère toujours inquiet, tomba dans un état de mélancolie profonde avec anxiété constante. Elle raconte que chaque fois qu'elle entendait parler d'un crime ou qu'elle en lisait la description, elle ressentait une violente envie de commettre le même crime, mais qu'aussitôt elle éprouvait une crainte non moins grande, avant de l'accomplir ; il lui est impossible de dire toutes les horribles choses qui lui traversent l'esprit. Elle ajoutait que chaque acte de violence qu'elle exerçait, en paroles ou en action, sur ses enfants ou sur son entourage, lui procurait un grand soulagement, et qu'alors elle faisait tous ses efforts pour vaincre cette mauvaise disposition. La malade guérit par l'usage de la limonade sulfurique, de la teinture d'opium, de la digitale, du quassia amara, et des laxatifs. (Guy, *London med. Gaz.*, septembre 1842.)

Obs. XXVI. — Un malade atteint de fissure à l'anus et de spermatorrhée, avec congestion passagère de la tête, tombe peu à peu dans la mélancolie. « Il avait le suicide en horreur, et cependant un mauvais génie semblait l'y pousser toujours ; la vue des corps aigus, des instruments tranchants, des armes à feu, le faisait frémir et déterminait en lui un désir de tuer, dont il ne parvenait à se débarrasser qu'en se causant quelque vive douleur, en se pinçant, par exemple, fortement quelque partie du corps. » Il ne répondait aux prévenances de son entourage que par des brusqueries. « Il avait le mal en horreur et s'y sentait poussé malgré lui : ainsi il aimait beaucoup une femme et trouvait du plaisir à la tourmenter, à la voir pleurer. » (Lallemand, *Des pertes séminales*, t. I, p. 251.)

§ 128. — Ainsi que cela s'est présenté dans un cas de suicide que nous avons rapporté plus haut (obs. XX), on voit quelquefois chez des sujets qui jusque-là jouissaient d'une bonne santé réelle ou apparente, survenir tout à coup, avec un obscurcissement de la conscience, des accès d'anxiété profonde avec hallucinations effrayantes, pendant lesquels le malade, en proie à une fureur aveugle, peut massacrer et tuer tout ce qui se présente sur son passage. Ces faits, qui par leurs symptômes appartiennent, il est vrai, à la manie, mais qui, sous le rapport de leurs motifs psychologiques, représentent de violentes explosions d'anxiété mélancolique, d'émotions morbides d'un caractère négatif, ressemblent beaucoup, en ce qu'ils ne reposent sur aucun motif moral réel, à ces accès subits d'anxiété profonde, de douleur morale très vive, que l'on voit quelquefois apparaître comme précurseurs des attaques d'épilepsie.

Presque aussi obscurs sous le rapport des motifs intimes qui les dirigent, et cependant d'une extrême importance au point de vue médico-légal, sont les faits où des individus jusqu'alors sains d'esprit et jouissant

de toute leur intelligence, sont pris tout à coup, et sans cause extérieure, d'émotions pleines d'anxiété, douloureuses, et d'un désir de tuer qu'ils ne s'expliquent pas eux-mêmes. Toutefois nous avons à distinguer ici deux catégories de faits.

Dans la première se rangent les faits dans lesquels des individus jusqu'alors gais, bons et aimants, sont pris brusquement et sans motif aucun de tentations homicides qui viennent constamment assaillir toutes leurs pensées. Généralement on voit alors survenir une triste et profonde séparation de la conscience, l'esprit est en butte à un combat intérieur, à un tourbillon d'émotions les plus pénibles ; il lutte contre les idées nouvelles, effrayantes, contre lesquelles le *moi* ancien se défend avec toute l'énergie dont il est capable. Souvent alors, dans ce combat, l'individu ne peut se soustraire à la défaite de son *moi* qu'en se retirant dans la solitude où le penchant qui l'obsède ne trouve plus d'objet ; puis au bout de quelque temps ces idées peuvent être réprimées aussi vite qu'elles surgissent, et l'individu redevient ce qu'il était auparavant ; à peine sait-il comment il est tombé dans ce rêve pénible, affreux, et il se sent grandement soulagé en voyant que ce rêve s'est heureusement terminé. Mais d'autres fois, — et cela est plus rare, — le *moi* succombe, et le malheureux commet le crime auquel il était depuis longtemps poussé, et cela sans le moindre profit, avec la certitude de la honte et de la misère que son acte doit lui attirer, attendant même en quelque sorte le supplice et une mort honteuse, qui lui apparaît comme un soulagement et un bienfait en comparaison de l'anxiété et des tourments dont il veut à tout prix voir la fin.

Obs. XXVII. — M. R..., chimiste distingué, poëte, aimable, d'un caractère naturellement doux, sociable, vint se constituer prisonnier dans une des maisons de santé du faubourg Saint-Antoine. Tourmenté du désir de tuer, il se prosternait souvent au pied des autels, et implorait la Divinité, pour en obtenir d'être délivré d'un penchant atroce, de l'origine duquel il n'a jamais pu se rendre compte. Lorsque ce malade sentait que sa volonté allait fléchir sous l'empire de ce penchant, il accourait vers le chef de l'établissement et se faisait lier avec un ruban les pouces l'un contre l'autre. Cette frêle ligature suffisait pour calmer le malheureux R..., qui, cependant, a fini par exercer une tentative d'homicide sur un de ses gardiens, et par périr dans un violent accès de fureur. R... a laissé une suite de lettres dans lesquelles il cherche à décrire ses sensations intérieures. Elles établissent que chez lui l'envie de tuer n'était fondée sur aucun motif, sur aucun raisonnement, qu'elle était purement instinctive. Ces lettres, très intéressantes, et que j'ai lues en grande partie, sont tombées entre les mains du docteur Gall, et ont été malheureusement perdues. (Marc, *De la folie*, etc., t. I.)

Obs. XXVIII. — Catherine Olhaver naquit en 1789, de parents pau-

vres qui habitaient un village. Une maladie grave étant survenue à la mère, on fut obligé de sevrer Catherine à l'âge de six semaines. Avant que d'autres symptômes se fussent manifestés, la maladie avait débuté par une envie de cette mère de tuer son nourrisson. Pour accomplir son funeste dessein, elle avait décousu un côté de sa couverture de plume, afin d'y placer son enfant pour l'y étouffer, et en même temps le cacher. On découvrit assez tôt son projet pour en empêcher l'exécution; mais dès ce moment se manifesta une fièvre des plus violentes, qui dura pendant plusieurs semaines. Après la guérison, cette femme ne se souvint plus de ce qui s'était passé, et donna à son enfant les soins d'une tendre mère. Elle existe encore, et n'a jamais eu depuis un semblable accès.

Malgré la misère de ses parents, Catherine, dont il va être maintenant question, grandit et ne se souvient pas d'avoir jamais eu d'autre maladie que la petite vérole. Toutefois, selon ce que dit sa sœur aînée, elle aurait été souvent tourmentée par les vers. Les règles ne parurent que tard, mais elles n'offrirent aucune irrégularité. Elle devint enceinte, et le 21 janvier 1821, par conséquent à l'âge de trente-deux ans, elle accoucha heureusement d'un garçon bien portant, qu'elle commença à nourrir. Ayant éprouvé, peu de temps après ses couches, une forte colère, elle eut un accès d'épilepsie, qui cependant ne se reproduisit plus. Six semaines après ses couches, elle se plaça en qualité de nourrice chez un professeur du collége de Greifswalden; elle s'y conduisait bien, était douce, gaie, et prodiguait les soins les plus tendres à son nourrison dont l'état prospère témoignait en faveur des attentions de la nourrice. Au bout de six autres semaines elle éprouva un chagrin extrême, accompagné d'une profonde indignation, en apprenant la mort de son fils, dont elle attribua la perte à la négligence de la femme qui s'était chargée de le soigner. Quelque vives que fussent ses impressions, elles ne tardèrent pas de s'effacer, et ses soins maternels ne s'en concentrèrent que davantage sur son nourrisson. Après l'avoir allaité pendant vingt-six semaines, par conséquent trente-deux semaines après son accouchement, les règles, précédées d'un léger malaise, reparurent, et revinrent avec le même malaise un mois après. Dès cette époque l'allaitement la fatigua visiblement; elle devint pâle, maigrit. L'enfant cessa de profiter, il maigrit également et perdit sa fraîcheur. On attribua ce changement à la dentition qui s'était manifestée par quelques efforts; enfin il fut pris d'une fièvre intermittente, que l'on combattit avec succès par le quinquina. Pendant cette maladie de l'enfant, la nourrice avait éprouvé beaucoup de fatigue; mais toujours satisfaite, elle n'avait cessé de lui prodiguer les soins les plus assidus. L'enfant se rétablit, mais il fut moins gai qu'auparavant et conserva une toux nerveuse qui fut encore attribuée

à la dentition. Tel était l'état de la nourrice et de son nourrisson, lorsque arriva l'événement remarquable dont M. le professeur S..., père de ce dernier, a rendu compte de la manière suivante :

« Selon ce que la nourrice nous a déclaré, elle fut prise dès le mercredi 20 et le samedi 24 octobre, de fortes coliques, qui se prolongèrent, quoique à un degré moindre, jusqu'au dimanche. Elle éprouvait en même temps, mais passagèrement, une sorte de mouvement dans l'estomac et de l'anxiété. Le dimanche soir, pendant que nous étions sortis, que la cuisinière était occupée dans sa cuisine, et que la nourrice était seule dans une chambre avec ses deux enfants, elle aperçoit un couteau sur la table, et, à l'instant même, la pensée s'empare d'elle de couper le cou à son nourrisson qu'elle tient sur ses genoux. Elle a déclaré avoir éprouvé dans ce même instant un mouvement particulier dans l'estomac, une espèce de gargouillement, avec des bouffées de chaleur vers la tête. Il lui a semblé que quelqu'un lui disait qu'elle était obligée de tuer l'enfant. Cette pensée la fait frémir, elle le couche aussitôt sur le lit, et descend avec rapidité à la cuisine, tenant le couteau à la main. Elle le jette de côté, supplie la cuisinière de sortir avec elle et de ne pas l'abandonner, attendu qu'elle est tourmentée par de mauvaises pensées. La cuisinière lui répond qu'elle ne peut quitter son ouvrage, et que d'ailleurs elle sera bientôt obligée de s'absenter. La nourrice retourne auprès des enfants, où la même pensée l'obsède de nouveau. Elle cherche à y faire diversion en chantant tout haut et en dansant avec les enfants, qu'à la fin elle couche. La cuisinière étant revenue, elle la supplie de rester auprès d'eux et de lui permettre d'aller chercher ses maîtres à sa place. La cuisinière ayant refusé et étant partie, Catherine se couche, mais à peine s'est-elle endormie qu'elle se réveille en sursaut, et que l'envie de tuer l'enfant, dont le berceau est près de son lit, se manifeste en elle avec une force irrésistible. Heureusement la porte s'ouvre dans ce moment, et nous arrivons. Cette circonstance calme un peu Catherine, qui sait que ma femme et ma belle-sœur doivent coucher dans la même chambre qu'elle. Mais elle dort peu, son sommeil est agité, et, vers trois heures de la nuit, l'horrible idée du meurtre la maîtrise au point qu'elle se met à crier et réveille ma belle-sœur, à laquelle elle se plaint d'être très incommodée et tourmentée par de mauvaises pensées sur la nature desquelles elle ne donne néanmoins aucun renseignement. En même temps elle se parle quelquefois à elle-même, comme si elle délirait. Tantôt elle s'écrie : « Grand Dieu ! quelles horribles, quelles affreuses pensées ! » Tantôt elle dit : « Mais c'est ridicule, affreux, épouvantable ! » Tantôt elle s'informe avec anxiété de l'enfant, demande s'il est réellement auprès de sa mère, et l'appelle d'une voix tendre et constante, jusqu'à ce qu'après avoir pris un peu d'infusion de camomille, elle devienne plus

calme et s'endorme vers six heures du matin. Le jour suivant, elle se sent très fatiguée, abattue, et continue d'être en proie à des accès du délire qui la domine. Elle reste assise sans parler et comme absorbée. Son regard est souvent fixe, farouche, et sa face est très colorée. Contre son usage elle ne s'occupe plus de l'enfant. Vers trois heures du soir, après avoir pris trois fois d'une potion qui lui a été prescrite, elle éprouve du calme et du soulagement. Une seule fois seulement, dans la nuit du lundi au mardi, la pensée fatale se présente encore; mais Catherine saute aussitôt de son lit et prend la potion, dont elle obtient du calme. A dater de ce moment, elle n'a plus eu d'accès, et dans la matinée du mardi elle a fait part à ma femme, en versant d'abondantes larmes, de tout ce qui s'était passé en elle. Aujourd'hui elle est aussi bien portante et aussi gaie qu'elle l'était auparavant. (Mende, in *Henke Zeitschr. für* 1821.)

» Il serait difficile de découvrir une cause morale de cet événement. Catherine n'a jamais éprouvé chez nous de contrariétés ni d'autres émotions vives. Son humeur paraît gaie et calme; seulement elle a eu peu après son accouchement un accès épileptique. Il m'a été dit que dans son enfance elle avait beaucoup souffert des vers; mais nous ne nous en sommes pas aperçus. L'allaitement l'a sensiblement fatiguée; elle en convient et déclare même que jamais elle ne se replacera comme nourrice. Elle a continuellement témoigné à l'enfant la plus vive tendresse. Il est enfin à remarquer que sa mère, lorsqu'elle était en couches d'elle, a éprouvé un semblable accès. »

Obs. XXIX. — « Le 7 octobre 1826, la femme d'un cordonnier nommé N..., vint me demander des conseils pour un état de maladie qui la mettait au désespoir. Elle avait l'apparence de la santé, elle dormait bien, avait bon appétit; ses règles étaient régulières; elle n'avait aucune douleur, la circulation n'offrait rien de particulier. Mais la femme N... se plaint d'avoir des *idées* qui la portent à immoler ses quatre enfants, quoiqu'elle les aime, dit-elle, plus qu'elle-même; elle craint alors de faire un mauvais coup, elle pleure, se désespère, elle a envie de se jeter par la fenêtre. Dans ces moments elle devient rouge, elle ressent une impulsion irrésistible et non motivée, ce qui lui donne un saisissement et un tremblement général.

» Elle n'a pas de mauvaises idées contre les autres enfants; elle a soin de fuir les siens, de se tenir hors de chez elle, de rester chez une voisine, de cacher couteaux et ciseaux: on n'observe aucune autre lésion mentale. Cette femme ne peut plus travailler dans une manufacture où elle était occupée, attendu qu'elle a besoin d'être aidée par deux de ses enfants et qu'elle ne veut pas les avoir si près d'elle. Cet état dure depuis le 8 septembre 1826. Trois mois auparavant la malade avait éprouvé une vive contrariété étant dans ses règles; celles-ci continuèrent à couler et

sont revenues avec régularité. Elle n'a pas eu l'esprit frappé par le récit de crimes extraordinaires; mais elle avait eu un accès trois ans auparavant. On ordonna des bains, la valériane, un vésicatoire entre les épaules. » (Georget, *Discussion médico-légale*, 1826.)

Un autre fait très caractéristique se trouve dans Gratiolet (*Anatomie comp. du syst. nerveux*, p. 578. Voyez aussi Guislain, *Leçons orales*, t. I, p. 234 et 240; Ellinger, *Zeitschr. für Psych.*, 1854.)

Pour ces boutades sanguinaires, il est vrai, la production des idées d'après la loi des contrastes (§ 19) est à peu près le seul point par lequel elles se rattachent encore aux phénomènes normaux de la vie psychique, bien qu'il y ait encore loin de ces idées qui provoquent l'acte, et qui tendent constamment à se produire au dehors, aux simples idées de contraste, qui font, par exemple, qu'un homme heureux pense au besoin et à la misère, qu'un homme aimant ait des idées de méfiance, qu'un individu qui est sur une hauteur escarpée pense facilement à la chute qu'il peut faire.

Les faits de la seconde catégorie sont un peu plus clairs quant aux motifs psychologiques qui les déterminent : ce sont ceux dans lesquels ces mêmes impulsions peuvent se produire dans des esprits depuis longtemps déjà assombris, concentrés, hostiles envers l'humanité. Plus un individu se trouve habituellement dans un état morbide de concentration en lui-même avec disposition négative des sentiments, plus aussi il sort de la communauté des mouvements d'amitié et de bienveillance qui unit les hommes entre eux, et progressivement il arrive un moment où il se trouve presque en dehors de l'humanité et des choses auxquelles celle-ci s'intéresse. Dans ces conditions on peut bien voir se développer chez cet individu un sentiment de rancune amère contre le monde, qui lui est devenu tout à fait désagréable, lugubre et affreux; on peut bien voir surgir aussi une impulsion à commettre ces actes indéterminés, dans lesquels l'individu veut faire payer au monde extérieur, par un forfait éclatant, toutes les peines et tous les maux imaginaires, ainsi que toutes les impressions pénibles dont il cherche toujours l'origine, non pas en lui-même, mais dans le monde extérieur. Quelquefois les personnes qui entourent le malade, attirant momentanément sur elles sa haine encore exagérée, deviennent les victimes des impulsions sous le coup desquelles se trouve cet individu; mais plus souvent ce sont des personnes indifférentes qu'il atteint, comme si le sentiment général d'hostilité qui l'anime lui faisait voir en elles un représentant d'une race qu'il déteste; souvent c'est le jeu d'un enfant qui l'irrite sans le vouloir, ou encore c'est la beauté d'une femme qui provoque en lui ce penchant sanguinaire.

Le fait si connu d'Henriette Cornier a paru pendant longtemps appar-

tenir à cette catégorie (voy. Marc, t. II). Mais M. Bonnet (*De la monomanie du meurtre*, Bordeaux, 1852) nous apprend que la fille Cornier disait à ses compagnes de prison que c'était pour se venger de son amant, avec qui elle avait eu jadis les rapports les plus intimes, qu'elle avait tué son enfant, après avoir longtemps médité ce crime. — On trouve des exemples de semblables penchants chez des enfants encore très jeunes, dans Marc (*De la folie*, t. I), Esquirol (*loc cit.*, t. II), et dans l'ouvrage de Lallemand (t. III, p. 185). — Dans un grand nombre de ces cas on peut constater différents troubles de la santé générale, auxquels l'expérience nous apprend à attribuer une certaine influence sur le développement d'une maladie cérébrale, ou même déjà des symptômes réels de cette maladie, une congestion persistante ou passagère de la tête, des troubles de la menstruation, l'onanisme, et des maladies des organes génitaux, des sensations d'anxiété partant de l'épigastre, un affaiblissement de la vue, un malaise général, de la faiblesse, de la constipation, etc. Nous n'avons pas ici à nous occuper de l'appréciation de ces faits au point de vue médico-légal; on comprend que cette appréciation ne peut être basée que sur des motifs scientifiques, résultant eux-mêmes de la recherche la plus exacte des causes psychologiques et organiques qui ont pu déterminer ces penchants. Autant il est déplorable de voir souvent recourir comme à un dernier expédient à la théorie des impulsions morbides pour justifier de mauvaises actions, autant les rapports médicaux, pour nous servir de l'expression employée par Ideler, doivent peu ressembler à ces églises italiennes où chaque bandit trouve un asile sûr ; si la médecine veut conserver ses droits dans l'appréciation de ces faits, jamais, lorsqu'elle est en opposition avec les opinions et les idées courantes qui ne reposent que sur une connaissance très incomplète des maladies mentales, elle ne mettra bas les armes que lui donne la science; mais jamais, non plus, alors que celle-ci ne lui permet pas de formuler un jugement précis, la médecine ne doit chercher à en établir un sur des motifs extra-scientifiques.

Une catégorie toute spéciale de meurtriers, dont l'appréciation médico-légale est généralement très difficile, c'est celle des individus qui tuent leurs propres enfants. Beaucoup d'entre eux sont des buveurs d'eau-de-vie, ou des individus démoralisés par d'autres causes, et en outre très souvent atteints de folie; ordinairement ils déclarent qu'en tuant leurs enfants ils ont voulu les soustraire à une vie misérable,— motif qui dans la majorité de ces cas n'est pas tout à fait déraisonnable en soi-même. Souvent une fois le meurtre commis, ces individus font contre eux-mêmes des tentatives de suicide; ou bien ils ont l'intention de se tuer, mais ils sont trop lâches pour cela; dans bon nombre de ces cas l'acte commis a réellement le caractère d'une mutilation, en quelque sorte

d'un suicide que ces individus font contre eux-mêmes en en tuant un autre, puisque ce malheureux père qui aimait tendrement son enfant veut, en le frappant, se frapper lui-même. Les problèmes psychologiques, dans ces cas (nous y reviendrons d'ailleurs dans un autre endroit), ne sont d'ordinaire que très peu éclairés par les déclarations des individus eux-mêmes, qui, en général, sont des gens sans aucune éducation et qui ne savent pas se rendre bien compte de l'état de leur âme. En médecine légale, il faut surtout s'en tenir à la marche des faits, aux changements notables qui sont survenus antérieurement dans toute l'individualité psychique; rechercher si l'individu avait des hallucinations, dans quel état il se trouvait pendant et après l'acte. Dans le fait dont nous avons parlé plus haut (Seitz, § 41), chose incroyable, ce misérable, après avoir tué ses trois enfants, se lava les mains, s'étendit sur l'herbe, et dormit deux heures! Il était aussi incapable d'avoir le moindre repentir de son action. — On doit bien penser que dans de pareils cas, les actes de l'individu ont au moins autant d'importance que ses paroles au point de vue de l'appréciation de son état mental.

Une autre catégorie de cas enfin est celle où des individus commettent des crimes pour mourir sur l'échafaud. Ils préfèrent cela au suicide, parce qu'ils n'ont pas le courage de se tuer eux-mêmes, ou bien parce qu'à leurs yeux le suicide est un trop gros péché, qu'ils ne pourraient pas se confesser avant de mourir, etc. A peine est-il un seul de ces individus qu'on puisse considérer comme jouissant de sa raison. M. Brierre de Boismont a réuni six cas de ce genre (*Ann. méd. psych.*, 1851, t. III, p. 626).

§ 129. — A ces diverses impulsions que nous venons d'énumérer se rattachent ces penchants morbides que l'on observe aussi chez les mélancoliques, qui les poussent à détruire des objets inanimés, et qui peuvent se manifester sur tout ce qui entoure les malades. Il y en a, par exemple, qui ont un penchant constant à déchirer leurs vêtements, leurs lits, à les réduire en charpie, etc. Mais les faits les plus intéressants de beaucoup sont ceux où cette tendance à la destruction se manifeste par des incendies prémédités, ce dont on a fait une monomanie spéciale, que l'on a décrite sous le nom de *Pyromanie*, — catégorie purement artificielle, mais qui avait du moins l'avantage de fixer, en attendant mieux, l'objet dans la langue scientifique.

Si parmi les observations de pyromanie qui ont été publiées, on retranche toutes celles où évidemment des motifs égoïstes ont guidé la main de l'incendiaire (c'est sans contredit la majorité (1)), il reste encore

(1) Tantôt c'est par vengeance, tantôt par un malin plaisir à faire une chose défendue; tantôt, et le plus souvent, c'est dans l'intention de se soustraire à une

un certain nombre de cas dans lesquels le crime d'incendie a été commis dans un état de mélancolie bien marquée (en particulier de nostalgie allant jusqu'à la folie), état qui souvent s'accompagne de dérangements importants de la santé générale, et surtout de dérangements dans le développement sexuel. L'impulsion morbide se développe ici de la même manière que l'impulsion homicide que nous avons étudiée dans le paragraphe précédent. L'anxiété intérieure, le trouble général qui résulte de l'état morbide des sentiments pousse l'individu non pas, comme on l'a déjà dit (Masius), à calmer son anxiété par la vue de grandes flammes, mais seulement à se débarrasser par un acte extérieur quelconque d'un caractère négatif et destructeur, de la profonde désharmonie qui règne dans ses sentiments, et à retrouver ainsi le calme et la tranquillité. Pourquoi ce penchant morbide se traduit-il spécialement par des tentatives incendiaires? C'est que ces individus chez qui jusqu'ici ce penchant a été observé, — ce sont toujours des jeunes gens, et en particulier de jeunes servantes, — ont constamment sous la main le moyen de mettre le feu à une maison, de satisfaire ainsi l'impulsion morbide qui les tourmente; c'est qu'enfin ce moyen, qui est d'un emploi facile, n'exige ni une grande énergie d'action, ni une détermination violente.

Ainsi pas de pyromanie! mais dans chaque fait il faut rechercher les motifs psychologiques particuliers qui ont poussé l'incendiaire. En justice, la question capitale dans ces cas est de savoir s'il existe un état de maladie qui a limité ou qui a pu limiter la liberté de l'individu. Quelquefois on peut démontrer l'existence de symptômes d'un désordre mental évident, un sentiment d'anxiété qui domine l'individu, des hallucinations, un état d'exaltation hystérique; dans d'autres cas l'existence réelle d'une maladie nerveuse (épilepsie, chorée) permet d'admettre comme plus ou moins vraisemblable chez l'inculpé l'idée d'un désordre mental passager. On n'oubliera pas que chez de tels individus il faut ordinairement très peu de chose pour que la liberté de leurs actes soit entravée (§ 26); en outre ce sont presque tous des enfants plus ou moins jeunes, souvent dépourvus d'intelligence et d'éducation morale, niais et fantasques. Quelquefois même l'acte d'incendie paraît absolument dépourvu de motif, — le *moi* est très faible et n'a opposé aucune résistance à l'idée de l'acte qui est survenue accidentellement.

Naturellement il y a aussi des cas où des aliénés allument des incendies sous l'impulsion de motifs morbides tout à fait différents. Jonathan Martin, qui brûla la cathédrale d'York, n'était pas un mélancolique,

domesticité pénible qu'ils mettent le feu à la maison où ils servent, pour pouvoir retourner chez eux.

(*Note de l'auteur.*)

mais évidemment il était atteint de démence partielle chronique, et c'est par suite de ses hallucinations qu'il voulait « débarrasser la maison du Seigneur des prêtres indignes qu'elle renfermait ». C'était une conséquence nécessaire, mais mauvaise, d'une classification superficielle, de ranger ce fait même dans la pyromanie (Sc. Pinel, *Pathol. cérébr.*, p. 328).

OBS. XXX. — *Mélancolie avec penchant calme à la destruction.* — Marie Z.., âgée de trente ans, d'un caractère bizarre, devint folle à la suite de chagrins domestiques. Elle se croyait perdue et condamnée aux supplices de l'enfer. Après avoir tenté de se suicider, elle vint dans notre asile, ayant encore la peau du cou toute bleue et portant les traces de la corde avec laquelle elle avait voulu se pendre. Lors de son admission, elle s'abandonnait encore au plus violent désespoir ; du matin au soir elle restait assise sur son lit, la tête cachée dans ses mains, et ne répondait que par monosyllabes. Quelquefois elle parlait assez longtemps d'un supplice effrayant qui l'attendait. Un jour elle prit des ciseaux et se mit à couper en morceaux un matelas et ses couvertures, et cela sans la moindre trace d'amertume ou de colère ; elle me répondit très naïvement qu'elle était poussée à cela par un penchant qu'elle ne pouvait pas surmonter. Elle guérit complétement au bout de deux ans. (Guislain, *Phrénopathies*, p. 279.)

CHAPITRE V.

MÉLANCOLIE AVEC SUREXCITATION PERMANENTE DE LA VOLONTÉ.

Dans les deux dernières sections nous avons étudié les états dans lesquels l'état morbide des sentiments se manifeste par un penchant à la destruction. Maintenant, plus la face motrice de la vie de l'âme (la volonté) est surexcitée d'une manière générale et permanente, plus la surexcitation morbide de la volonté est vague et persistante, plus aussi ces états s'éloignent de la mélancolie, pour se rapprocher de la manie. Il est inutile et impossible de décrire ici toutes les formes intermédiaires par lesquelles s'opère cette transition de la mélancolie à l'agitation maniaque ; nous exposerons dans la section suivante la forme la plus tranchée de cet état.

Mais il est important de savoir qu'il existe des états dans lesquels la disposition négative des sentiments et la surexcitation permanente de la volonté n'atteignent qu'un degré d'intensité modérée et ont une marche tout à fait chronique, états qui consistent dans une singularité habituelle du caractère, et qui se rattachent à ces cas de mélancolie légère et chro-

nique que nous avons signalés plus haut, et dont ils représentent une forme active. Quelques-uns de ces cas sont rapportés par les auteurs comme appartenant à la folie affective, manie sans délire, folie raisonnante, *moral insanity* (Prichard). — Ces états sont congénitaux ou acquis ; ils consistent dans un sentiment de mécontentement et d'amertume, qui existe d'une manière constante ou que la moindre occasion provoque ; dans un sentiment de négation constante vis-à-vis du monde extérieur dont les impressions sont toujours pénibles, et dans une réaction incessante de la volonté dans le sens de la colère et de l'hostilité. Le plus souvent on ne voit pas là un état morbide, ou ce n'est qu'au bout d'un temps très long que l'on considère ces individus comme malades, quand ils savent justifier par des discours logiques leurs actes hostiles et déraisonnables, et qu'ils savent dissimuler, jusqu'à ce que finalement cet état arrive tout à coup à constituer un violent accès maniaque et à se dévoiler complétement aux yeux des personnes qui les entourent (1).

(1) Les faits dont parle ici M. Griesinger méritent au plus haut degré de fixer l'attention. Leur véritable nature est souvent difficile à apprécier, et la conduite à tenir envers les malades est pleine de difficultés ; ce n'est qu'à la longue, comme le dit l'auteur, qu'on rattache à un véritable état morbide ces anomalies singulières de caractère, sans conceptions délirantes véritables et avec une sorte d'intégrité de l'intelligence. M. Trélat a fait rentrer les observations de ce genre dans ce qu'il appelle la *folie lucide*, et il en a cité plusieurs très remarquables ; parmi celles que j'ai recueillies, je me bornerai à citer brièvement les deux qui suivent.

Les traits qui caractérisent la maladie sont, pour le premier cas, indiqués dans une note à consulter.

Il s'agit d'une jeune fille chloro-anémique, âgée de vingt-deux ans, appartenant à une famille qui comptait plusieurs aliénés.

« Au point de vue mental, dit l'auteur de la note, mademoiselle X..... est dans un de ces états mixtes qui sont un mélange de raison et de déraison. Elle côtoie l'aliénation sans y être encore. Sa volonté est sans énergie, son impressionnabilité extrême ; elle n'est jamais satisfaite de l'état dans lequel elle se trouve ; elle prend facilement en grippe les personnes qui lui étaient les plus sympathiques. Au bout de huit jours, elle se plaint amèrement des *mauvais traitements* que lui infligent ceux qui l'entourent, elle veut changer de compagnie ; mais le changement ne réussit pas mieux que les précédents : c'est toujours à recommencer. »

Plus loin, on lit encore :

« Le mal moral va en augmentant, mais il n'y a pas aliénation proprement dite. C'est l'égoïsme qui fait le fond du caractère de mademoiselle X.....; elle rapporte tout à elle, ne songe qu'à elle, trouve qu'on ne s'occupe jamais assez de son état, de ses jouissances. Il faudrait que l'on cédât à ses désirs, à ses moindres caprices. La dissimulation ne lui est pas étrangère, et elle prête souvent aux autres des intentions qu'ils n'ont jamais eues et des paroles qu'ils n'ont jamais prononcées. »

On comprend l'influence fâcheuse que peut exercer une pareille malade sur ses

Obs. XXXI. — *Tendance habituelle à l'emportement, sans trouble de l'intelligence.* — Un fils unique, élevé sous les yeux d'une mère faible et indulgente, prend l'habitude de se livrer à tous ses caprices, à tous les mouvements d'un cœur fougueux et désordonné ; l'impétuosité de ses penchants augmente et se fortifie par les progrès de l'âge, et l'argent qu'on lui prodigue semble lever tout obstacle à ses volontés suprêmes. Veut-on lui résister, son humeur s'exaspère ; il attaque avec audace, cherche à régner par la force ; il vit continuellement dans les querelles et les rixes. Qu'un animal quelconque, un chien, un mouton, un cheval lui donnent du dépit, il les met soudain à mort. Est-il de quelque assemblée ou de quelque fête, il s'emporte, donne et reçoit des coups et sort ensanglanté ; d'un autre côté, plein de raison lorsqu'il est calme, et possesseur, dans l'âge adulte, d'un grand domaine, il le régit avec un sens droit, remplit les autres devoirs de la société, et se fait connaître même par des actes de bienfaisance envers les infortunés. Des blessures, des procès, des amendes pécuniaires avaient été le seul fruit de son malheureux penchant aux rixes ; mais un fait notoire met un terme à ses actes de violence ; il s'emporte un jour contre une femme qui lui dit des invectives, et il la précipite dans un puits. L'instruction du procès se poursuit devant les tribunaux, et sur la déposition d'une foule de témoins qui rappellent ses écarts emportés, il est condamné à une réclusion dans l'hospice des aliénés. (Pinel, *Traité*, p. 156.)

frères et sœurs, et combien la continuation du séjour dans la famille est difficile ; et cependant comment se décider à placer dans une maison d'aliénés cette jeune fille qui, à part cette humeur chagrine, source de plaintes continuelles et qui lui rend la vie si difficile, n'offre en réalité aucun symptôme d'aliénation?

Un jeune homme, peu de temps après son mariage, se laissait entraîner envers sa femme à des récriminations absurdes, à des injures grossières et sans nulle provocation. Ces scènes de violence n'avaient lieu que le soir, quand il était retiré dans la chambre à coucher ; elles duraient plusieurs heures, et le malade, atteint d'un commencement de phthisie, ne s'arrêtait que quand il était épuisé. Les larmes et les supplications de sa jeune femme ne pouvaient rien pour arrêter cette colère qui avait besoin de s'exhaler, et le malade obéissait à une sorte d'entraînement automatique. Dans le cours de la journée et au milieu du monde, la conduite de ce jeune homme était irréprochable, et la part qu'il prenait à la conversation prouvait qu'il avait l'esprit parfaitement libre.

Il a succombé depuis à la phthisie, laissant sa femme malade par suite des émotions pénibles qu'elle avait eu à supporter pendant deux grossesses consécutives.

Je n'examine pas si ces faits appartiennent véritablement à la mélancolie. C'est un point qui devra être discuté à propos de la classification. (B.)

SECTION II.

ÉTATS D'EXALTATION MENTALE (MANIE).

§ 130. — Tandis que les formes les plus pures et les plus tranchées de la mélancolie représentent des états de dépression du sensorium et de la confiance en soi-même, de concentration morbide de l'esprit sur un sentiment triste, avec impossibilité pour le malade, dans les degrés élevés, de faire aucun acte exigeant un peu de force, nous avons vu que dans les formes que nous avons étudiées en dernier lieu, l'état émotionnel de l'esprit s'accompagne toujours de plus en plus d'une tendance morbide à des actes de manifestation de la volonté. La possibilité qu'a le malade de traduire par des actes le sentiment qui l'agite, et de se débarrasser ainsi de ce sentiment pénible, indiquait déjà que dans ces dernières formes la face motrice des facultés mentales, l'effort, était devenue libre; plus ces impulsions acquièrent de force et de persistance, plus l'effort jouit d'une liberté étendue et indépendante, plus aussi on voit apparaître ces états d'irritabilité et d'exaltation permanentes de la volonté, auxquels vient bientôt se joindre une sensation exagérée de soi-même et une confiance illimitée de l'individu en lui-même.

Ces états que Jessen a désignés avec beaucoup de raison, par opposition à la mélancolie, comme des états dans lesquels les malades sont hors d'eux-mêmes, nous leur donnons le nom de *manie;* et dans celle-ci nous distinguons deux formes différentes, qui d'ailleurs sont étroitement liées entre elles, qui souvent passent de l'une à l'autre, et qui plus souvent encore se mêlent et se confondent dans des proportions variables, la *manie* et la *monomanie* exaltée (1).

Dans les états maniaques la lésion fondamentale consiste dans une perturbation de la face motrice de l'âme, de l'effort, par suite de laquelle ce dernier est libre, n'est plus retenu par rien, et est même considérablement exagéré, et pour cette raison même le malade sent le besoin de manifester au dehors cette surexcitation de ses forces. De cette tendance à un mouvement psychique exagéré de dedans en dehors, de cette augmentation des efforts en étendue et en énergie; en un mot, de ce débordement de la volonté, qui est le point capital de la perversion maniaque, résultent, comme d'une source commune, ces deux formes

(1) Nous rendons par « monomanie exaltée » le nom allemand de « Wahnsinn » (*sensu strictiori*) de l'auteur, pour lequel il n'y a pas de mot français tout à fait correspondant.

(*Note du traducteur.*)

qui diffèrent déjà beaucoup entre elles par leur nature et par la manière dont elles s'expriment. Dans l'une, en effet, ce besoin de manifestation des forces psychiques peut se traduire immédiatement à l'extérieur ; l'impulsion se propageant aux organes du mouvement, il peut pour ainsi dire faire explosion, et donner lieu aussitôt à un état de grande agitation extérieure. Le malade est constamment en mouvement (paroles, gestes, mouvements du corps en général) ; il parle, il crie, il est bruyant, il saute, il s'emporte, etc. : c'est ce que l'on appelle la *manie*.

Ou bien, ce développement plus libre des forces de la volonté s'accompagnant immédiatement d'une grande vanité, d'un sentiment exagéré de soi-même, d'une fatuité constante, le malade, qui cherche à s'expliquer la disposition dans laquelle il se trouve, peut en venir à des idées délirantes qui dès lors dominent son esprit et font tourner à leur profit cette exagération de la volonté. Dans ce cas il ne s'agit plus simplement pour le malade de manifester sa force en général, mais cette surexcitation de la face motrice de la vie de l'âme se transforme alors en un débordement de la volonté dans le sens de certaines conceptions délirantes, et cela le plus souvent avec un calme extérieur beaucoup plus grand que dans la manie proprement dite. — Du moment que cet état que nous venons de décrire, s'accompagnant de conceptions délirantes provoquées et entretenues par ce sentiment d'orgueil et de vanité, a pris seulement un certain degré de consistance, il constitue un état de folie infiniment plus profond que n'est la manie simple. En effet, tandis que dans cette dernière le malade se débarrasse de l'impulsion exagérée qui le tourmente, par ce seul fait qu'il la manifeste au dehors, et que d'autre part, ainsi que nous le montrerons plus loin, dans la forme pure de la manie, toute la maladie roule sur une sphère relativement extérieure de la vie de l'âme, sans lésion profonde de l'individualité, le caractère essentiel de cette seconde forme, de la *monomanie* exaltée, c'est que les conceptions délirantes, les idées fausses, que provoque ce sentiment d'orgueil et de fatuité, et qui par conséquent se rapportent exclusivement au malade lui-même, surgissent, s'emparent immédiatement du *moi*, et arrivent bientôt à aliéner et à fausser complétement l'individualité.

§ 131. — Mais, si à leurs degrés extrêmes ces deux formes s'excluent mutuellement, l'observation nous montre cependant que dans la manie même on voit très souvent ces idées délirantes d'orgueil et de fatuité, dans lesquelles il faut voir non pas un certain degré de « monomanie », c'est-à-dire des phénomènes appartenant à une maladie tout autre, se présentant ici sous une forme simple, mais bien un résultat de l'état psychique fondamental. Ainsi il est évident que, alors que cette impulsion morbide de la volonté se manifeste immédiatement à l'extérieur par des mouvements musculaires, ce sentiment d'orgueil et de vanité doit

très souvent apparaître, et que par suite le malade peut facilement en venir à des conceptions délirantes ayant pour but de s'expliquer son état. Enfin, si l'on observe attentivement les maniaques, on verra que ces idées de grandeur surviennent tantôt légères et peu durables, tantôt au contraire avec une grande énergie. Ce n'est heureusement que dans les états de manie très développés qu'il y a quelque chose qui empêche ces idées délirantes de devenir fixes. Les idées prennent part au tumulte et à la précipitation qui agitent la face motrice des facultés mentales ; elles se succèdent si vite les unes aux autres, qu'elles deviennent confuses, et que pas une ne peut se fixer et rester dans l'esprit. Au contraire, dans les cas où l'on n'observe pas ce passage précipité des idées, où ce sentiment d'orgueil et ces conceptions délirantes elles-mêmes pénètrent profondément le *moi* de manière à faire partie constituante essentielle du *moi* et à dominer complétement la vie psychique, c'est là ce que l'on nomme la monomanie exaltée.

La différence qui existe entre la manie et la monomanie exaltée, telle qu'on l'observe dans les cas nets et bien tranchés, consiste donc principalement dans la direction différente que prend la lésion primitive, dans la manière différente dont l'intelligence est altérée par le fait de la maladie, et dont le *moi* est affecté. Dans la manie, l'impulsion exagérée de la volonté se traduit immédiatement à l'extérieur, comme un penchant, par des mouvements musculaires ; dans la monomanie, le débordement de la volonté est simplement intérieur, le sentiment interne de la plus grande liberté de la puissance d'action se transformant par un effet rétroactif en délires exaltés, et cette volonté, lorsqu'elle se manifeste, ne se bornant plus à de simples mouvements par lesquels l'individu se décharge du sentiment qui l'agite, mais tendant plutôt à la réalisation de certains plans résultant de ces idées fausses. Cette erreur dans les idées consiste dans des conceptions délirantes, engendrées par le sentiment de fatuité et d'orgueil, relatives à l'individu lui-même, tandis que dans la manie le trouble de l'intelligence réside principalement dans une confusion délirante des idées par suite de la précipitation avec laquelle s'accomplissent tous les phénomènes psychiques.

Enfin, nous aurons à étudier un troisième état d'exaltation mentale plus apparente que réelle, qui ne naît jamais que de la monomanie, et qui consiste en ceci, que l'anomalie du sentiment psychique que l'individu a de lui-même, c'est-à-dire ce sentiment d'orgueil et de vanité qui a donné primitivement naissance à toutes ces conceptions fausses par lesquelles il cherchait à s'expliquer son état, se dissipe plus ou moins complétement ; mais les conceptions fausses elles-mêmes, l'idée exagérée que l'individu a de son propre mérite, persistent indépendamment des causes qui leur ont donné naissance, faussent pour toujours le jugement

et dominent complétement toute la vie intellectuelle. La description de ce troisième état trouvera sa place convenable dans la *section troisième*, sous le nom de démence partielle avec exaltation.

Il y a encore à faire, dans la manie, tout comme dans la mélancolie, une différence importante entre les différents cas, suivant que les malades se trouvent dans un état de rêve léger, superficiel, ou au contraire profond; suivant qu'ils sont avec le monde extérieur dans des rapports lucides et distincts, ou que celui-ci au contraire est pour eux obscurci et confus : c'est de là que dépend en grande partie le degré de netteté du souvenir que les malades conservent de leur état, après la guérison.

§ 132. — Nous avons déjà fait remarquer plusieurs fois que dans le plus grand nombre des cas les états maniaques sont précédés d'une période mélancolique, et que la manie est engendrée par la mélancolie. Dans les cas à marche chronique on peut souvent suivre le mode de développement de la maladie, et l'on voit alors chez des mélancoliques la douleur et l'anxiété morales s'exagérer de jour en jour, et se transformer d'abord simplement en une grande agitation extérieure, qui arrive progressivement à la manie la plus complète. Dans ces cas, évidemment, c'est l'état de douleur morale qui a amené cet état convulsif, et ce phénomène peut parfaitement être comparé, d'une part avec les convulsions qui succèdent à une sensation physique très pénible, et de l'autre avec ces contractions musculaires qui constituent une sorte de réaction instinctive contre de violentes douleurs.

Il ne faut pas croire que pour cela la manie consiste simplement dans une manifestation exagérée et illimitée de la disposition négative de l'âme qui fait le fond de la mélancolie. Car, bien qu'assez souvent cette disposition se traduise extérieurement par quelques accès de fureur convulsive et par des actes de destruction, — états que nous avons signalés plus haut sous le nom de *raptus mélancolique*, — bien qu'assez souvent aussi, pendant toute la durée de la manie, le fond de mélancolie perce à travers le sentiment exagéré que l'individu a de lui-même, et arrive même par moments à se montrer en première ligne, cependant, dès que l'exaltation du mouvement est une fois devenue libre, la manie, même quand elle n'est que de courte durée, devient complétement indépendante de la mélancolie qui l'a précédée, elle éclate sans qu'il y ait besoin qu'une nouvelle période mélancolique lui ouvre le chemin, et qui, plus est, la disposition de l'esprit même change ordinairement d'une manière totale, l'humeur devient gaie, enjouée, orgueilleuse.

De même les actes de destruction, les attentats sauvages et féroces commis par les maniaques, sont loin d'être toujours fondés sur une véritable disposition négative de l'esprit, sur une intention hostile même

momentanée ; le plus souvent ils sont plutôt le résultat d'un penchant aveugle qui pousse le malade à agir, d'un besoin qu'il éprouve de modifier le monde extérieur suivant sa volonté. Ce penchant se manifeste par des actes de destruction, et cela se comprend bien; c'est qu'en effet, il est plus facile de détruire que de créer, parce que pour créer quelque chose, il faut de la réflexion, du soin, et que les maniaques en sont incapables. Ce penchant veut être promptement satisfait, il se hâte pour ainsi dire convulsivement de se traduire à l'extérieur sans attendre l'influence trop lente des idées qui pourraient le rappeler à l'ordre ; et, comme il doit manifester son action d'une manière sensible, l'individu se dépêche de briser et de démolir : ce que l'on pourrait regarder comme le but de l'acte, n'est que le terme qui marque la fin de son entrée en action. On voit quelque chose d'analogue chez l'enfant qui brise son jouet pour satisfaire le besoin qu'il éprouve de le changer à sa volonté, ou encore chez les garçons qui, pour se prouver réciproquement leurs forces, se jettent les uns sur les autres et se battent entre eux. Souvent, en effet, les maniaques brisent et détruisent autour d'eux en riant aux éclats et tout en étant de très bonne humeur. Mais la différence tranchée, évidente et même totale entre les actes commis par les maniaques et ceux du mélancolique devient surtout manifeste dans la monomanie exaltée, affection qui sous le rapport de ses éléments intimes se rapproche si étroitement de la manie. Le plus souvent le monomaniaque veut réellement faire quelque chose, et pour bien dire, il veut exécuter, créer, mettre au jour quelque chose de prodigieux ; et de fait il peut y apporter une certaine réflexion, parce que chez lui le travail psychique ne se fait pas d'une façon hâtée, inquiète et confuse, comme chez le maniaque : ce penchant qui pousse l'individu à manifester extérieurement ses forces est dominé chez lui par une idée forte, grande, malheureusement fausse, qui emploie le penchant dans son sens.

Quand la manie, et en particulier le délire furieux, provient de la mélancolie, de la manière que nous avons indiquée, on ne peut pas songer à un acte psychique intentionnel de la part du malade ; il est impossible de voir chez lui un travail psychologique roulant dans la sphère la plus intime de la vie de l'âme. Ce qui se produit alors en lui, c'est plutôt une modification de la disposition morbide dans laquelle se trouve son esprit, modification qui se fait en lui sans son intervention et qu'on ne peut expliquer que par un changement survenu dans le mode et la nature de l'affection cérébrale. Tant que les choses restent bornées à ce simple changement de caractère, la lésion ne porte que sur une sphère relativement extérieure, périphérique, de la vie de l'âme ; souvent alors le malade a conscience de son état, c'est-à-dire de l'anomalie psychique qui pèse sur son *moi*, qui le menace sans l'entamer encore, mais dont

il ne peut se débarrasser ; il a conscience de son état, et il proteste intérieurement contre l'imminence de la maladie.

En général, pour que la manie éclate, il n'est pas toujours besoin d'une occasion déterminée par une passion ou par une émotion (mélancolie). Abstraction faite des cas de manie provoqués par la méningite aiguë, on voit dans d'autres délires encore, par exemple chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, l'agitation extérieure, les actes volontaires, les impulsions de mouvements qui surviennent tantôt par le fait de l'anxiété qui tourmente le malade, ou bien provoqués par les hallucinations, tantôt enfin sans cause appréciable, comme si l'automatisme commençait dès que l'activité psychique est profondément lésée, on voit, dis-je, tous ces phénomènes disparaître d'eux-mêmes avec l'affection cérébrale.

Il paraît en être de même dans certains cas de manie chronique. Toutefois l'observation démontre d'une façon évidente que lorsque le cerveau a été le siége d'une lésion consistant en un état de douleur morale, cela constitue une disposition très puissante à la manie. La manie succède à la mélancolie, cela est la règle ; il y a même des cas où longtemps après la guérison d'un accès de mélancolie, une seconde attaque de folie débute d'emblée par la manie.

CHAPITRE PREMIER.

MANIE (*die Tobsucht*).

§ 133. — Ainsi que nous l'avons fait remarquer, il est rare que la manie éclate sans avoir été précédée de quelques symptômes d'une autre forme mentale. Dans le plus grand nombre des cas, depuis longtemps déjà les penchants, les sentiments et les habitudes du malade étaient changés, et généralement c'est un caractère de mélancolie qu'ils prennent. Ce stade mélancolique, qui d'ailleurs peut être léger et de courte durée, est ce que l'on a aussi appelé la période d'incubation de la manie. Le mélancolique offre une agitation extérieure qui va sans cesse croissant, il trouve tout mal, il va sans cesse à droite, à gauche, sort, court dans la campagne, ou bien il va voir ses amis, ses connaissances, il fait de grandes courses, et cela dans le but de diminuer l'agitation qui le tourmente, mais sans bien s'en rendre compte. Quand il a un délire triste, il l'exprime à haute voix et en parlant beaucoup ; sa voix est plus forte qu'à l'ordinaire, il devient plus actif en général. Il présente surtout un appétit vorace ; souvent aussi il se plaint d'éprouver à l'épigastre une

sensation désagréable, d'avoir une oppression qui l'agite et le tourmente beaucoup. Les individus qui ont eu déjà antérieurement un accès de manie disent souvent eux-mêmes alors qu'ils vont avoir une rechute, et demandent qu'on les surveille et qu'on les éloigne de leur entourage habituel. Souvent, en pareil cas, on voit les individus manifester un penchant pour les boissons spiritueuses, et comme ils s'y livrent d'une façon immodérée, il semble qu'ils veuillent, par l'excitation alcoolique, entretenir et augmenter encore l'état d'agitation auquel ils sont en proie, ce qui malheureusement n'arrive que trop tôt. Avec ce besoin incessant de mouvement arrivent de nouvelles idées et de nouvelles sensations qui d'abord plongent le malade dans l'étonnement et dans l'effroi, mais qui bientôt le dominent complétement. Au début, il pouvait encore cacher cet état de son esprit, mais au bout de peu de temps ces idées et ces sensations lui échappent et se font jour dans ses discours et dans ses actes.

Dans cette première période, avec les symptômes que nous venons d'indiquer du côté de l'intelligence, on voit ordinairement apparaître des signes manifestes de dérangements du côté de la digestion, de la circulation et de la nutrition. Au début, sentiment de malaise général, abattement profond, douleurs de tête, maux de dents, douleurs dans l'abdomen ; perte du sommeil, rêves agités, hallucinations des sens, vertige; rougeur ou au contraire pâleur de la face ; amaigrissement, teinte livide de la peau ; appétit exagéré, langue sale, constipation ; palpitations de cœur, pouls fréquent, état fébrile ; suppression des règles, assez souvent appétit vénérien exagéré. Les traits du visage sont altérés ; souvent le malade a un léger tremblement de tout le corps, il ressent faiblement les changements de température ainsi que la douleur physique. Quand la manie est arrivée à son degré de développement complet, le sentiment de malaise général et de maladie disparaît entièrement, et les malades disent toujours qu'ils se portent très bien.

Nous allons étudier maintenant dans tous ses détails la manie arrivée à son entier développement, mais nous ferons remarquer auparavant que, en présence de la multiplicité et de la variété infinie des symptômes que présente cette forme mentale, nous avons dû les diviser en un certain nombre de séries, de groupes de phénomènes, qui naturellement ne se rencontrent pas tous chez un seul et même individu.

§ 134. — 1° *Anomalies du caractère, des penchants et de la volonté.* — Le trouble fondamental de la manie, l'irritation à laquelle la force motrice de la vie de l'âme est en proie, se traduit immédiatement dans cette sphère par un degré élevé d'excitabilité morale, avec une agitation constante et un besoin incessant d'agir et de faire des actes violents. Ce penchant qui les pousse à se mouvoir et à agir sans cesse, la nécessité où se trouvent les malades de projeter immédiatement au dehors toutes

les idées qui leur traversent l'esprit, tout cela fait que tantôt ils vont e viennent constamment, dansent, parlent, chantent, crient, pleurent, etc.; tantôt ils sont constamment affairés, occupés sans raison, ils veulent tout à coup changer tout ce qui les entoure, suivant le caprice du moment, ou bien ils se sentent poussés à détruire et à blesser les personnes et les choses qui sont autour d'eux, et commettent alors les actes d'une fureur et d'une rage aveugles. Mais tandis que ce penchant violent et effréné s'attaque à tous les objets, se révolte contre tous les obstacles qu'il rencontre, et, sans tenir compte des résultats, se manifeste par des actes désordonnés et sans but, on voit cependant beaucoup de malades faire preuve d'une certaine crainte quand on leur résiste énergiquement, ou pour être plus exact, il semble parfois qu'il est resté chez quelques malades un certain reliquat du sentiment d'anxiété qui constituait la période première de la folie, c'est-à-dire de l'état de mélancolie qui a précédé la manie. Chez ces individus on ne trouve aucun des actes de la vie saine, aucun acte n'est raisonné, ils n'ont aucun soin ni de leur famille ni même de leur propre existence, ils sont incapables de se laisser guider par un motif raisonnable; tout ce qui ne vient pas léser directement le point sur lequel ils sont facilement irritables, les laisse calmes et indifférents, ils ne s'occupent en rien de ce qui les entoure; tout sentiment de décence, de pudeur a disparu, ils ont perdu jusqu'à l'instinct de propreté.

Quant au mobile psychique qui se traduit par cette violence et cet emportement, il consiste, tantôt simplement dans certaines dispositions d'esprit qui souvent varient très brusquenent, tantôt dans certains sentiments qui sont devenus fixes, ou dans certains groupes d'idées vagues et obscures qui se manifestent par un penchant déterminé. C'est ainsi que par suite d'une exagération morbide des sensations sexuelles, provenant souvent d'une affection locale, d'un prurit vulvaire, d'une maladie des ovaires, etc., on voit des femmes qui présentent une lasciveté morbide qu'elles manifestent sans honte et qu'elles cherchent à satisfaire souvent de la façon la plus brutale. Le désir de posséder peut s'exprimer tantôt par un penchant à ramasser et à accumuler tout ce que l'on trouve, tantôt par un penchant morbide au vol. Le plaisir que les maniaques éprouvent à parler haut, à donner à leurs discours une forme rhythmique, à faire du bruit, à boire des liqueurs alcooliques, à satisfaire leur appétit glouton, à verser du sang, etc., voilà autant de formes et de modes suivant lesquels ils traduisent leur violence et leur emportement, et d'où résultent autant d'états fixes ou passagers, que l'on a désignés suivant la prédominance de tel ou tel penchant, sous les noms de nymphomanie, manie du vol, logomanie, potomanie, manie du meurtre, etc.

Nous retrouvons les mêmes différences et les mêmes variations dans

les anomalies plus générales du sensorium, dans les dispositions morbides de l'esprit qui se traduisent par les actes exaltés des malades. Tantôt ils sont tristes, inquiets, aigres, emportés, vaniteux, sauvages ; ils ont un grand plaisir à nuire et à faire du mal, ils sont exigeants, méchants, malicieux ; tantôt, — et cela est tout aussi fréquent, — ils sont enjoués, gais, frivoles ; le sentiment exagéré qu'ils ont d'eux-mêmes se traduit par une gaieté sans bornes, ils se trouvent libres et heureux, ils sont satisfaits de tout, et toujours bien disposés pour les autres.

Ces différentes dispositions de l'esprit, surexcitation et abattement, plénitude et vide, alternent souvent entre elles ; il est extrêmement fréquent de voir les maniaques passer brusquement et sans motif aucun de la joie à la tristesse, de la hardiesse à la timidité, de l'indifférence à l'emportement et à la violence, de la convoitise à la satiété, de la crainte à l'assurance et même à la témérité, et il est rare qu'une excitation morale extérieure réussisse à amener, même pour un temps fort court, un peu de calme et de repos dans cet état d'incessante agitation.

Quelquefois, surtout au début, le malade lui-même se plaint d'être entraîné malgré lui par ce penchant qui le pousse à l'emportement et à la violence, et l'on peut alors, soit en l'exhortant, soit en produisant sur son esprit une action énergique, l'arrêter dans sa fureur et le ramener pour un moment à la raison ; dans d'autres cas il semble qu'il a en quelque sorte conscience de son état et qu'il se laisse lui-même aller à son exaltation lorsqu'elle a commencé à se produire, comme s'il voulait par là donner cours aux pensées qui l'obsèdent : il semble qu'il veuille, dans ce moment où sa volonté est libre et affranchie, se dédommager des entraves pénibles qu'elle a subies pendant la période de mélancolie.

C'est avec raison que Jakobi a appelé l'attention sur le caractère tout à fait instinctif des actes des maniaques. Ce qui détermine ces actes, ce n'est pas une volonté à proprement parler, c'est-à-dire la transformation d'une idée dominante en effort, avec conscience du but à atteindre et des moyens qui doivent y mener ; ce n'est pas non plus un état d'émotion : mais le mouvement psychique abandonné à lui-même ne ressent que les sensations, les oscillations vagues de la pensée auxquelles on donne le nom de sentiments ; les émotions superficielles et les excitations sensuelles innombrables, accidentelles, momentanées, voilà les seuls mobiles dont il reçoit l'influence, et qu'il cherche à projeter au dehors. Dans les premiers temps, le malade peut encore dominer intérieurement ce tumulte, et, chose très remarquable, on voit parfois de ces individus qui, lorsqu'on leur reproche leur manque de convenances, répondent avec un certain air d'ironie « que tout leur est permis, puisqu'ils sont fous ». Le délire furieux du maniaque se rapproche dans sa forme de la passion de la colère, mais elle n'a pas les mêmes motifs au point de

vue moral ; ce n'est pas une conséquence régulière des impressions affectives, des idées, de la pensée ; elle peut survenir d'une façon toute spontanée, ou bien être déterminée par des impressions produites accidentellement sur les organes des sens, par la lumière de la lune qui pénètre dans une chambre par la fenêtre ; un bruit, une couleur, la vue d'une personne ou d'une chose qui ne se rapporte nullement au malade, peuvent la provoquer.

A peine est-il besoin d'observer ici que de ce qu'un individu manifeste certains penchants ou certaines dispositions d'esprit pendant la durée de la manie, on ne peut pas conclure de là que cet individu dans l'état de santé ait les mêmes penchants ou le même caractère. En effet, bien que l'on voie quelquefois certaines particularités morales que l'individu présente habituellement dans l'état de santé se reproduire dans sa conduite et dans ses actes pendant la maladie (bizarrerie, entêtement, etc.), il est certain que très souvent le caractère du malade change du tout au tout : l'homme enjoué devient sombre, l'homme sérieux devient enjoué ; l'homme décent, obscène, l'homme sobre, buveur, etc. Quelquefois, il est vrai, on voit apparaître des penchants dont on n'aurait pas soupçonné l'existence chez le même individu en état de santé, et dont on l'aurait cru même tout à fait ignorant : comme, par exemple, une fille honnête qui, atteinte de manie, tient des propos obscènes qui avaient dû venir antérieurement à sa connaissance.

Il y a des cas de manie peu intense où le malade manifestant certains penchants et s'y livrant d'une façon inconvenante, mais ne présentant que des troubles encore très légers de l'intelligence, on pourrait croire que cet individu se laisse volontairement aller à de mauvais penchants (manie du vol, nymphomanie, potomanie, etc.). Cependant ce qui montre que c'est là une affection morbide, c'est que ces actes sont involontaires, que le malade se plaint souvent de ne pouvoir y résister, que ces actes ont quelque chose d'instinctif dans la manière dont ils se manifestent, qu'ils arrivent par accès, qu'ils s'accompagnent souvent de certains troubles dans la santé générale, et qu'ils succèdent fréquemment à une période de dépression. Assez souvent d'ailleurs cet état se transforme bientôt en une manie complète et confirmée.

§ 135. — 2° *Anomalies de l'intelligence.* — La première et la plus importante des modifications que subit l'intelligence dans la manie consiste en une irritabilité et une exaltation qui ont assez d'analogie avec les anomalies que présentent le caractère et la volonté ; le cours de la pensée est accéléré. Dans les cas où la maladie n'est encore qu'à un degré très modéré, ce phénomène pourrait passer pour une exagération de la faculté normale de penser. Une foule de souvenirs depuis longtemps oubliés se représentent à l'esprit et s'y succèdent avec rapidité ; il y a une

augmentation de la mémoire, qui dans certains cas offre ceci de particulier que le maniaque peut réciter d'un bout à l'autre de longs poëmes, ce dont il eût été incapable, soit avant la maladie, soit après la guérison. On voit quelquefois ces individus émettre des pensées, des idées qui sont d'une élévation à laquelle leur esprit n'atteignait pas dans l'état de santé; souvent, selon qu'ils sont disposés ou suivant les circonstances, ils disent des mots pleins d'un esprit caustique et mordant, ils font des comparaisons fines et risibles (1), s'expriment avec une éloquence qui ne leur est pas habituelle, émettent avec une grande assurance des opinions hardies, etc.

Toutefois cela ne s'observe que dans le plus petit nombre des cas. Le plus souvent, dès le début ou dès les premiers temps de la maladie, l'esprit est tellement exalté, l'activité de la pensée est tellement exagérée, que les idées se succèdent constamment les unes aux autres, mais elles sont isolées, sans aucun lien intime, chaque circonstance occasionnelle en fait surgir de nouvelles, et, comme elles traversent la conscience avec une rapidité très grande, leur association ne peut être que légère et superficielle et elles n'ont qu'un caractère tout à fait fragmentaire. Ces idées qui, en raison de l'extrême promptitude avec laquelle elles se succèdent, ne sont jamais qu'incomplétement ébauchées, portent l'empreinte de l'état émotionnel sous la domination duquel se trouve le malade; leur fond est tantôt gai, orgueilleux, extravagant, tantôt au contraire lugubre et menaçant. Ces idées sont en partie provoquées et déterminées d'une manière spéciale par les impressions sensoriales que le malade perçoit, impressions qui souvent sont elles-mêmes faussées par les hallucinations et les illusions, ou bien, comme cela se voit dans certains délires, l'esprit n'en saisit qu'une partie, tandis qu'il néglige le reste, de manière que ces impressions ne sont perçues que d'une façon incomplète et inexacte. D'un autre côté, par suite du travail instinctif de l'association des idées, phénomène dont l'essence intime nous échappe complétement, il vient se présenter à l'esprit une quantité immense d'images, de mots, de chiffres, de phrases, qui souvent sont isolés et décousus, que souvent aussi le malade répète isolément, d'une façon incessante, soit en criant, soit en chantant, ou bien qu'il assemble pour en faire des sentences, des phrases et des discours que le malade débite avec l'expression du sentiment qui le domine. Dans quelques cas l'élément maniaque du langage se traduit par une tendance constante à employer des mots rhythmés, à

(1) J'ai vu, par exemple, une maniaque qui avait un talent tout spécial pour mettre en relief la ressemblance même très éloignée qu'elle apercevait entre la physionomie des personnes qu'elle voyait et certains animaux.

(*Note de l'auteur.*)

chercher les consonnances et les rimes; le malade parle toujours en vers dépourvus de toute poésie, et remplis de figures et de métaphores assemblées sans aucun lien : on pourrait dire que c'est un « délire rimé ».

L'anomalie capitale de l'intelligence dans la manie confirmée est donc une incohérence des idées, qui est le résultat obligé de la précipitation avec laquelle s'accomplissent tous les phénomènes psychiques, de l'impossibilité où se trouvent les malades d'amener chaque idée isolément à un degré de conscience complète, des changements brusques que présente leur humeur et des travestissements que l'imagination fait revêtir aux impressions venant des organes des sens. Les conceptions délirantes fixes, persistantes, ne sont pas spéciales à la manie ; elles ne sont pas non plus le résultat d'une imagination passionnée, chaude, qui aurait déjà pris antérieurement ces allures alors que l'individu était encore bien portant, quoique assez souvent il semble que l'on puisse tirer cette conclusion : quand, par exemple, un maniaque manifeste souvent des traces d'impressions morales qu'il a subies antérieurement, on pourrait croire qu'il est sans cesse préoccupé de certaines causes morales qui l'ont mené à la folie. Mais dans ces cas précisément il est toujours possible de voir les idées du malade changer brusquement, ce n'est qu'en apparence que le délire était fixe; il n'y a pas là d'idées toujours dominantes, comme on les observe chez les individus sous le coup d'un état émotionnel profond.

Mais ce n'est pas à dire pour cela que l'on ne puisse pas voir survenir chez les maniaques des conceptions délirantes passagères et des idées fausses. Au contraire, elles sont très fréquentes. Tantôt ce sont de faux jugements sur les choses du monde extérieur, ce qui ne peut manquer de se produire en présence de l'incohérence des idées qui se pressent dans la pensée, et qui, se succédant avec une grande rapidité, y laissent souvent dans un même instant une foule de vestiges incomplets, ainsi que des fausses impressions transmises par les sens. Tantôt ce sont des conceptions délirantes, qui ont une importance beaucoup plus grande, ce sont celles à l'aide desquelles les malades tentent de s'expliquer l'état de leur esprit, et qui par conséquent se rapportent exclusivement au *moi* de l'individu. Le malade, se sentant orgueilleux, hardi, enjoué, trouvant en lui une liberté inaccoutumée dans ses déterminations, sentant le trop-plein de sa pensée, est amené naturellement, par le principe de causalité, à avoir des idées de grandeur, d'élévation, de grandes richesses, d'une grande puissance morale ou intellectuelle etc., qui seule peut posséder à un semblable degré la liberté de penser et de vouloir. Cette idée exagérée de force et de liberté doit cependant avoir un motif; il doit y avoir dans le *moi* quelque chose qui lui corresponde, le *moi* doit être devenu momentanément tout autre, et ce changement ne peut être exprimé

par le malade qu'en se servant de termes de comparaison frappants pour chacun. Le malade dit, par exemple, qu'il est Napoléon, le Messie, Dieu, ou d'une manière générale quelque haut personnage ; il dit parfois qu'il possède toutes les sciences, ou bien il vous offre des trésors plus considérables que ceux du monde entier, etc. ; il peut aussi dire des choses tout à fait dépourvues de sens, il peut dire, par exemple dans la même minute : « Je suis Napoléon, je suis ce tabouret, je suis vous. » Dans ce cas, ou bien il sent qu'il ne peut pas exprimer d'une manière complète ce qu'il a réellement dans son idée, et il cherche à y suppléer en accumulant les figures, ou bien il veut exprimer d'une façon obscure que sa toute-puissance s'exerce sur tous les objets, qu'il est partout, comme son esprit exalté se le figure véritablement.

Mais aucune de ces conceptions délirantes n'est fixe et persistante, et c'est là précisément ce qui les distingue de celles que l'on observe dans la monomanie : chaque excitation nouvelle provoque immédiatement dans l'esprit des images et des idées nouvelles, qui font oublier les précédentes ; l'humeur elle-même est très changeante, et par cela même le malade n'a pas à rechercher pourquoi son esprit est dans telle ou telle disposition ; les idées délirantes n'ont pas le temps de se fixer dans la pensée. Souvent le malade exprime ces idées à haute voix et même d'une façon bruyante, mais cependant il n'a pas le ton de la conviction profonde, car souvent il en rit lui-même. Il en est de ces individus à peu près comme des enfants qui jouent une comédie, et qui, se laissant tout à fait entraîner par l'esprit du rôle qu'ils remplissent, se prennent réellement par instants pour les héros qu'ils représentent, bien qu'ils sachent parfaitement en eux-mêmes que les spectateurs ne peuvent pas le croire sérieusement.

Une chose sur laquelle nous devons appeler particulièrement l'attention, c'est que, dans beaucoup de cas de manie, en dehors des lésions que nous avons déjà signalées, l'intelligence n'a pas considérablement souffert et n'a subi aucun affaiblissement et aucune diminution notables. Souvent, bien qu'il y ait beaucoup de confusion dans les idées, la mémoire des faits antérieurs est fidèle ; bien plus, dans nombre de cas l'individu, après la guérison, se souvient parfaitement de tout ce qui s'est passé pendant sa maladie. Il n'est pas rare qu'en provoquant les souvenirs d'un maniaque, on arrive à faire momentanément cesser son radotage, et qu'on l'amène à répondre juste sur des faits de sa vie antérieure, à raconter des anecdotes, etc. ; souvent il comprend assez bien et il a encore parfois assez d'empire sur lui-même pour se calmer momentanément lorsqu'on lui parle d'une façon affectueuse, qui gagne sa confiance, ou bien quand on le raille ou qu'on le menace. Les perversions du jugement, quand elles n'ont pas précisément le caractère que nous

avons signalé plus haut de tentatives faites par le malade pour s'expliquer l'état de son esprit, proviennent uniquement du manque de temps nécessaire pour relier convenablement entre elles les idées incohérentes qui se succèdent d'une façon trop précipitée; quelquefois aussi elles sont le résultat de la prédominance de certaines séries d'idées qui ont pour le malade le caractère de faits réels et précis. La manie présente donc, sous le double rapport des anomalies morbides de l'intelligence et de la volonté, le même caractère général d'une affection mentale plus superficielle que profonde; ce qui le prouve surtout d'une manière toute spéciale, c'est que l'on voit souvent des intervalles lucides apparaître brusquement, et que même la guérison complète peut arriver dans un temps assez court après que la maladie a duré des années; le malade, il est vrai, n'est pas susceptible d'un travail intellectuel prolongé, il se fatigue facilement, mais il retrouve tout de suite toute la plénitude de son intelligence, celle-ci possède toute l'étendue qu'elle avait antérieurement. Souvent alors il peut rendre exactement compte de ce qu'il a fait pendant sa maladie, et souvent on entend ces individus dire, comme Jakobi le rapporte d'un de ses malades : « C'est une chose véritablement effrayante que la rapidité extrême avec laquelle les pensées se succèdent dans l'esprit. »

§ 136. — 3° *Anomalies de la sensibilité et du mouvement.* — On observe souvent chez les maniaques des hallucinations de la vue, de l'ouïe, et même de l'odorat et de la sensibilité cutanée, hallucinations qui ont quelquefois pour effet d'exagérer l'intensité de la manie; cependant elles n'ont d'ordinaire qu'une importance secondaire, parce que le plus souvent elles se dissipent promptement, emportées par le torrent des phénomènes psychiques, et que les malades n'ont pas le temps de fixer longuement sur elles leur attention. Ce qui est plus fréquent encore dans cette forme mentale, ce sont les illusions des sens, les interprétations fausses des perceptions sensoriales : par exemple, le malade prend une personne étrangère pour une de ses vieilles connaissances; dans un bruit quelconque qui se produit autour de lui, il croit entendre qu'on l'appelle, etc.; en un mot, il a de faux jugements provenant de ce qu'il ne fait pas attention à certaines parties de ses impressions sensoriales, tandis qu'il s'arrête sur d'autres, qu'il s'appesantit sur des analogies superficielles, comme cela se voit souvent dans le délire fébrile.

On observe quelquefois aussi une sensibilité exagérée aux impressions de la vue et de l'ouïe; parfois aussi on trouve une dilatation ou un rétrécissement de la pupille.

Pour ce qui est des organes du mouvement, il existe généralement dans la manie une impulsion constante à des contractions musculaires étendues; les mouvements du corps et en particulier ceux qui concourent à la parole, participent à l'état d'exaltation auquel l'esprit est en proie;

ils sont vifs, rapides, énergiques ; le malade parle, crie, gesticule et agit tout à la fois; son regard est vif, ses traits sont tendus, grimaçants. On a beaucoup parlé d'une énergie extraordinaire, d'une exagération réelle des forces musculaires chez les maniaques (Pinel, Esquirol, Ideler, etc.). Dans la majorité des cas, rien de semblable n'existe ; il est si peu vrai que les malades soient réellement plus forts qu'à l'état normal, qu'il suffit ordinairement d'un seul gardien pour les contenir ; ordinairement cette apparence d'exagération des forces physiques vient seulement de la manière décidée avec laquelle le malade, dans chacun de ses actes, fait agir ses muscles. Mais ce qui est exact et aussi très remarquable, c'est de voir (et cela est fréquent) les maniaques faire pendant un temps parfois très long une dépense de forces musculaires à laquelle un individu bien portant ne pourrait pas suffire. On les voit quelquefois passer des semaines ou des mois entiers presque sans sommeil, en proie à une fureur des plus violentes ; et la seule explication qui puisse nous faire comprendre la possibilité de cette énorme dépense musculaire semble être celle-ci, à savoir, que par le fait d'une anomalie de la sensibilité du système musculaire, ces malades n'ont pas le sentiment de la fatigue. On voit, en effet, les maniaques, alors même que la nutrition a profondément souffert chez eux, croire et dire hautement qu'ils sont très forts et capables de tout faire, et cependant leur amaigrissement souvent très considérable et l'anéantissement qui succède à l'accès démontrent d'une manière suffisante que l'organisme ne subit pas impunément ces efforts exagérés et prolongés.

On remarque parfois aussi des convulsions réelles dans les organes du mouvement, des grincements de dents, des contractions de la face ou des convulsions étendues; ces dernières surviennent tantôt pendant l'état de veille, tantôt pendant ces états passagers d'extase et de perte de connaissance que l'on observe dans certains cas de manie. Les paralysies partielles sont beaucoup plus rares dans la manie; par contre il est assez fréquent de voir dans le cours d'une manie peu intense les premiers débuts de la paralysie générale se traduire par de l'incertitude dans les mouvements de la langue.

Parmi les autres symptômes de la manie, il en est un qui manque très rarement : le sommeil est généralement troublé, quelquefois même les malades ont longtemps une insomnie complète. D'ailleurs il n'y a que fort peu à compter sur un sommeil calme pendant le cours de la manie : d'une part, en effet, c'est quelquefois après les nuits les plus calmes que surviennent les paroxysmes les plus violents, et d'un autre côté les convalescents mêmes ont encore parfois pendant un temps assez long des insomnies.

Chez les maniaques, on peut rencontrer les anomalies les plus diverses

de la sensibilité, douleurs de tête, vertige, bouffées de chaleur, sensations analogues à une *aura*, partant de la poitrine, sensations anomales de la peau, douleurs dans les membres, insensibilité réelle ou apparente pour le froid et la chaleur; quant aux anesthésies proprement dites, elles sont beaucoup plus rares qu'on ne le croyait jadis (voy. § 50).

Dans beaucoup de cas on observe une exagération surprenante de l'appétit; les malades sont voraces et se jettent souvent sur des choses qu'on ne peut ni manger ni digérer. Cette voracité semble tenir à ce que le sentiment de la satiété leur manque, car leur appétit ne se règle nullement sur la dépense musculaire qu'ils font. Il n'est pas rare non plus de voir le besoin de nourriture leur faire complétement défaut, ils oublient totalement de manger. — On voit parfois des maniaques qui mangent leurs excréments, ce qui semble indiquer chez eux une profonde perversion du goût et le manque complet de la sensation de dégoût.

Dans certains cas le penchant vénérien est très exalté, et c'est sur ce sujet que roulent toutes les idées et tous les efforts des malades; dans d'autres cas, ce groupe d'idées lubriques est peu développé et n'est qu'accessoire; très souvent enfin il n'y a aucun penchant vénérien. Cette exaltation des appétits sexuels se traduit par des discours et des écrits obscènes, par des attouchements, le malade découvre ses parties génitales, se livre à l'onanisme, etc. Elle paraît être généralement plus fréquente chez les femmes. Dans la grande majorité des cas, la menstruation est irrégulière ou supprimée; le retour des règles n'a souvent aucune influence sur l'état mental, souvent aussi il amène une aggravation dans les symptômes; d'autres fois enfin il coïncide avec la guérison.

Il n'est pas constant d'observer des dérangements dans les organes de la circulation et de la digestion. Autant il importe, lorsqu'il existe quelques troubles de ce côté, de les rechercher avec beaucoup de soin, afin de bien établir les indications thérapeutiques, autant ils ont peu de valeur au point de vue du diagnostic même de la manie. En effet, souvent le pouls n'est ni plus plein, ni plus fréquent qu'à l'ordinaire, rarement il est ralenti, le plus souvent il est un peu accéléré et plutôt petit que plein; les palpitations nerveuses et les autres signes connus des maladies organiques du cœur à marche chronique ne sont, dans la manie comme dans toutes les maladies mentales en général, que d'une fréquence médiocre. D'après les observations faites à l'asile de Vienne, les bruits du cœur sont souvent anormaux pendant la période d'agitation violente, et lorsque l'agitation cesse, ils redeviennent réguliers. — Il n'est pas rare de voir des congestions violentes de la tête, la face est rouge, la tête chaude; très rarement le visage est pâle, quelquefois il est bleuâtre, cyanotique, les yeux sont injectés.

Dans la grande majorité des cas il n'y a pas de fièvre, le thermomètre indique une température du corps normale ou même au-dessous de la normale; ce n'est que dans l'agitation maniaque qui accompagne la paralysie générale progressive que la température du corps semble s'élever (L. Meyer, *Charité-Annalen*, t. VIII).

Souvent la langue est chargée et la sécrétion salivaire considérablement augmentée; les malades se plaignent rarement de la soif, excepté dans les cas où ils ont un grand penchant pour les boissons alcooliques. Très souvent les selles sont irrégulières, difficiles, comme cela se voit si fréquemment dans la folie en général.

La plupart des maniaques semblent amaigris, bien que leur appétit soit augmenté; ce qui, joint à la tension des traits de la face, les fait paraître plus vieux qu'ils ne sont. Ce mauvais état de la nutrition est souvent dû à un état morbide qui a existé antérieurement à la manie, anémie, maladies fébriles, ou même à la mélancolie; mais il est certain aussi que cet amaigrissement peut survenir pendant le cours de la manie elle-même par suite de l'insomnie, et des mouvements violents et prolongés que fait le malade; quelquefois enfin il est produit par la tuberculisation ou par quelque autre affection grave du même genre; ce qui explique la multiplicité infinie des symptômes accessoires de la manie, suivant les maladies qui l'ont précédée ou qui l'accompagnent, et qui ne doivent pas avoir toujours et nécessairement la même relation avec cette vésanie.

§ 137. — Pour ce qui est de l'invasion et de la marche de la manie, tantôt elle représente une forme mentale pure, indépendante, comme nous l'avons envisagée jusqu'ici, ou un chaînon de la série successive des désordres moraux, tantôt des accès passagers de manie ou mieux de fureur survenant chez des individus qui déjà étaient atteints antérieurement d'une maladie mentale profonde, et en particulier d'une des différentes formes d'affaiblissement intellectuel. Ces derniers accès surviennent souvent sous l'influence de causes extérieures, de la colère, par exemple, souvent aussi ils sont déterminés par des hallucinations. Dans ces cas les caractères de ces affections chroniques, en particulier ceux de la faiblesse intellectuelle, se mêlent toujours aux symptômes de ces paroxysmes à marche aiguë; il y a là quelque chose qui ressemble à ces états convulsifs qui surviennent parfois dans le cours des paralysies.

Chez les épileptiques, il n'est pas rare de voir des accès de manie qui se présentent souvent avec un degré élevé de fureur aveugle et de férocité. Quelquefois ces accès suivent immédiatement l'attaque épileptique, comme si cette excitation qui pousse le malade à exécuter des mouvements tumultueux se déplaçait simplement sur d'autres points du cerveau.

Les états d'anémie semblent disposer beaucoup plus à l'explosion de la manie que ne font les états de pléthore; des hémorrhagies abondantes

(comme dans l'accouchement, ou après des pertes menstruelles exagérées, ou à la suite de saignées trop fréquentes), l'état d'épuisement qui succède à la fièvre typhoïde, à une tuberculisation qui marche rapidement, ou bien encore à des excès prolongés, telles sont dans beaucoup de cas les causes évidentes, prochaines ou éloignées, qui déterminent l'explosion de la manie. La méningite aiguë des adultes s'accompagne souvent d'un délire qui, sous tous les rapports, ressemble à la manie et auquel parfois cette forme mentale succède plus tard avec une marche chronique.

Dans le cours de la manie on observe ordinairement une alternative de rémission et d'exacerbation, il n'est pas rare de voir même des intermissions complètes. Ainsi l'on a vu des cas où les sujets, pendant des mois entiers, n'étaient malades que de deux jours l'un, les jours intermédiaires étant complétement libres; ce mode de l'affection cérébrale ressemble tout à fait à ce que l'on observe dans d'autres névroses intermittentes. Très souvent à l'époque des règles il survient une exacerbation de la maladie, d'autres fois il y a des paroxysmes et des rémissions plus fréquents sans cause appréciable; peut-être sont-ils dus à des modifications survenant dans des états morbides chroniques qui accompagnent souvent la manie; de même voit-on survenir parfois aussi tout à coup des intervalles complétement lucides auxquels on était loin de s'attendre.

La mélancolie alterne souvent avec les accès de manie; quelquefois il y a une alternance régulière (par exemple à certaines époques de l'année) de réaction et de dépression (folie circulaire). Dans ces cas la période mélancolique est généralement un peu plus longue que la période maniaque, et cette dernière consiste plutôt dans une surexcitation et une agitation générales que dans une fureur réelle (1). — D'autres fois on voit

(1) La période maniaque de la folie à *double forme* offre des caractères spéciaux qu'il importe d'indiquer ici avec quelques détails. Ce n'est pas la manie complète avec l'incohérence des idées et les actes de violence, c'est bien plutôt une simple excitation maniaque dans laquelle les idées conservent une certaine suite, mais avec une tendance bien marquée à la moquerie, aux plaintes et à la méchanceté. Dans la première observation citée dans mon travail, on voit que la malade, pendant la période d'agitation « saisissait avec une sagacité remarquable tout ce qui chez les personnes dont elle était entourée pouvait prêter au ridicule. Sa verve était intarissable et se signalait par de continuelles épigrammes. »

Dans ce moment, je donne des soins à une femme qui, après une période mélancolique de plus de dix-huit mois, est récemment entrée dans la période maniaque. Cette femme, si calme, si facile et si douce il y a quelques mois, ne passe plus un seul jour sans porter des plaintes contre les personnes qui l'entourent. Chaque matin, ce sont de nouvelles accusations habilement arrangées.

Un malade, qui a tracé lui-même sa propre observation, dit entre autres choses

des accès de manie revenir après des intervalles complétement libres, réguliers ou irréguliers (tous les ans, tous les deux ou trois ans, etc.; c'est la manie périodique, forme grave, véritable épilepsie psychique, et qui, de même que l'épilepsie, lorsqu'elle est devenue habituelle, est d'un pronostic très fâcheux.

M. Mildner a rapporté (*Psych. Corresp. Blatt*, 1857) le fait très intéressant d'un individu d'une intelligence bornée, qui avait une insuffisance et un rétrécissement des valvules aortiques, et qui, à la suite d'une violente frayeur, fut pris d'un accès de manie qui ne dura qu'une heure et demie, et qui revenait deux ou trois fois par an. — Les cas de manie tout à fait passagère (manie transitoire de très courte durée, survenant au milieu d'un état de santé parfaite en apparence) peuvent d'autant mieux se comparer aux attaques d'épilepsie que parfois celles-ci se terminent elles-mêmes par un accès de manie. Au point de vue médico-légal, peu importe naturellement que l'état maniaque pendant lequel un acte a été commis, ait été de courte ou de longue durée. Ce qu'il importe le plus de savoir, c'est qu'il existe indubitablement des accès de manie tout à fait passagers.

Chaque paroxysme de la manie dure tantôt quelques heures seulement, tantôt des mois entiers; souvent on voit après les premières semaines une

que pendant la période d'excitation « il était rusé et fertile en expédients de toute sorte ».

Cette période est d'ailleurs bien plutôt caractérisée par des impulsions instinctives que par des conceptions délirantes proprement dites.

La nymphomanie et le satyriasis s'observent dans beaucoup de cas, et il semble qu'il y ait sous ce rapport une sorte de réaction après une longue période d'engourdissement dans les organes génitaux.

Ce fait a une grande importance, chez les femmes surtout, car il est arrivé dans plusieurs cas qu'à la fin de la période mélancolique on a rendu à la liberté, les croyant guéries, des jeunes filles qui, avant d'être ramenées dans les asiles, s'étaient livrées au début de la période maniaque aux plus tristes désordres.

On a aussi observé l'impulsion à boire des liqueurs fortes. Cette impulsion était le caractère dominant de la maladie chez une femme dont Esquirol a rapporté l'observation.

Enfin, il importe encore de noter que cette période maniaque est assez souvent marquée par des idées de grandeur; les malades font mille projets et achètent de tous côtés. Une femme, traitée à la Salpêtrière, devenait tout à fait prodigue. Elle amassait trois ou quatre fois plus de provisions qu'il n'était nécessaire pour son ménage. Dans la phase mélancolique, au contraire, cette malade poussait si loin l'avarice, que son mari était forcé d'aller vivre hors de chez lui.

Dans quelques cas, il y a en outre quelques signes de congestion, et il est alors facile de croire au début d'une paralysie générale. Je connais un cas dans lequel cette erreur a été commise. (B.)

rémission surprenante. Quelquefois il semble que le paroxysme de la manie représente une sorte de résolution et de compensation de l'état de mélancolie qui l'a précédé, de même que chez les épileptiques et les hystériques on voit une foule de sensations pénibles et douloureuses qui ont précédé l'accès disparaître lorsque celui-ci arrive. Les cas de manie faible et coupée par des rémissions peuvent se prolonger pendant des années.

On a bien souvent constaté que dans le cours de la manie les symptômes d'autres maladies graves qui existent en même temps qu'elle rétrogradent souvent d'une manière surprenante; ainsi le malade ne se plaint que très peu ou même pas du tout de souffrir, le tuberculeux tousse peu, il peut parler et crier beaucoup, etc. Il ne faut pas voir dans ce fait un arrêt véritable de ces maladies organiques, elles marchent au contraire et continuent leur œuvre de destruction des organes, ainsi que le prouvent les symptômes objectifs; seulement par suite d'une anomalie de la sensibilité analogue à la diminution du sentiment de la fatigue physique et de la satiété pour les aliments, par suite aussi de ce fait que l'attention des malades est entièrement absorbée par leur délire, ces individus ne sont que peu affectés subjectivement.

Les maniaques peuvent guérir brusquement, ou bien ce résultat heureux n'arrive que lentement, et après une diminution progressive des symptômes. Le tumulte cesse, les intervalles lucides deviennent plus fréquents et plus longs, la tenue devient progressivement meilleure, le malade fait une foule de questions, il éprouve de l'ennui, de la fatigue, il cherche à se retrouver. Quelquefois aussi on voit la cessation de la manie coïncider avec l'apparition d'une nouvelle maladie, par exemple des accès de fièvre intermittente, des hémorrhagies intestinales, de la diarrhée, des maladies de la peau, le développement d'un grand nombre de furoncles, etc. Dans quelques cas nous avons observé ce que l'on appelle des phénomènes critiques; mais le plus souvent on ne voit rien de semblable; aussi le dire d'Esquirol, pour qui la guérison n'était pas réelle, là où il n'y avait pas de crises appréciables, nous paraît-il dénué de fondement. Le meilleur signe de la guérison, c'est lorsque le malade revient à ses anciennes habitudes et à ses anciens penchants, qu'il se tient bien et qu'il reconnaît qu'il a été réellement malade. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier la remarque très juste faite par Jessen, à savoir qu'il faut beaucoup se défier des rechutes dans les cas où le malade, en apparence calmé, se sent extraordinairement bien et parle de sa guérison complète avec une joie bruyante. — Même les individus complétement guéris sont toujours très exposés au retour des accès de manie.

Dans chaque fait en particulier le pronostic se règle principalement

sur les symptômes que présente le malade d'une affection organique plus ou moins présumable du cerveau. On doit regarder comme absolument incurables les maniaques chez qui l'on observe les premiers signes, si légers qu'ils soient, de la paralysie générale (voy. même livre, section IV); tous les symptômes de convulsion ou de paralysie persistante du côté des membres, du nerf facial ou des pupilles, sont également très suspects; ces symptômes, à moins qu'ils ne soient tout à fait passagers, survenant par exemple sous l'influence d'une congestion transitoire, mais violente, semblent indiquer une extension permanente du travail morbide aux parties situées à la base ou au centre du cerveau. En effet, les hypérémies cérébrales, qui sont si fréquentes dans la manie, donnent souvent lieu à la production d'exsudats sanguins qui subissent ensuite diverses transformations; plus la maladie se prolonge, moins elle offre de rémissions et d'intervalles lucides, plus l'hypérémie est intense, plus aussi cette formation d'exsudats est à redouter. La très grande majorité des guérisons a lieu dans l'espace d'une année, à partir du début de la maladie; cependant on voit des cas où la manie guérit encore après avoir duré six à sept ans, et après avoir amené des désordres considérables dans l'organisme. La violence des accès n'aggrave en rien le pronostic de la manie, pas plus que la violence des attaques hystériques, par exemple, n'est un indice de l'incurabilité de cette maladie. D'après toutes les recherches faites jusqu'ici, la manie périodique intermittente semble devoir être généralement regardée comme incurable.

Du reste, il est inutile d'insister davantage sur ce fait, que dans beaucoup de cas le pronostic dépend bien moins de la maladie cérébrale elle-même que des autres affections locales ou générales concomitantes, par exemple de la phthisie, d'une anémie profonde, d'un état hydroémique ou scorbutique prononcé, etc. Il n'est pas rare de voir les convalescents de manie tomber dans un état de profond affaissement physique et moral, que l'on ne peut distinguer avec certitude du passage à la démence que par la marche ultérieure des phénomènes, ou bien la maladie se termine après avoir passé par une courte période mélancolique.

Quand le malade ne guérit pas, sa grande agitation extérieure peut se calmer, et la manie se transforme alors en monomanie, ou bien l'individu tombe dans un état chronique d'affaiblissement intellectuel, secondaire, dans une des différentes formes de la démence, avec ou sans intervalles d'agitation.

Dans la manie la mort peut arriver par le fait de la maladie cérébrale elle-même, à la suite d'une hypérémie considérable, rarement par des exsudations apoplectiques; plus souvent les maniaques succombent à un état d'épuisement accompagné des symptômes de collapsus (comme les épileptiques), ou bien à des affections viscérales aiguës ou chroniques,

pneumonie, pleurésie, anthrax, catarrhes intestinaux, phthisie, etc. Dans cette forme mentale la mort est assez souvent aussi le résultat d'événements malheureux, le malade se jette par une fenêtre, etc.

Obs. XXXII. — *Manie simple, avec surexcitation sexuelle et penchant au vol. Guérison.* — Gottfried Demons, vingt-deux ans, d'une nature délicate, a eu plusieurs fois dans son enfance des éruptions à la tête; il est d'un caractère entêté, son intelligence est peu développée; sa grand'mère maternelle a été folle pendant sept ans. A l'âge de dix-neuf ans, il eut un accès de mélancolie dont il guérit après un traitement de trois mois. A vingt et un ans, il souffrit pendant quelque temps d'une constipation opiniâtre et de vomissements. En mai 1811, en lisant la relation d'un voyage, il se sentit profondément ému des souffrances que ces individus avaient eu à subir. Le lendemain il se plaignit d'être mal à son aise, on lui donna un vomitif; deux jours après le malade fut pris d'un accès de folie furieuse, entremêlé de discours insensés (éméto-cathartique énergique). Pendant les quinze jours qui suivirent, il eut à plusieurs reprises des intervalles lucides de plusieurs heures, mais auxquels succédaient toujours des accès de fureur. Toutefois ces accès diminuèrent peu à peu d'intensité; vers le milieu de juin ils devinrent de plus en plus rares, mais le malade bavardait sans cesse du matin au soir; pendant la nuit il avait quelques heures de sommeil calme. Le pouls était tranquille, le visage amaigri, l'appétit était augmenté, les selles difficiles; de temps à autre on constatait dans les membres quelques mouvements convulsifs peu intenses.

Un mois après le début de la maladie, le patient fut amené à Siegburg; pendant les dix premiers jours qui suivirent son admission, il resta dans un état constant de fureur, déraisonnant complétement et manifestant une tendance à commettre sur les personnes qui l'entouraient des actes de violence. Cependant c'était ordinairement pendant le jour qu'il avait ces accès de fureur, et pendant la nuit il avait généralement plusieurs heures de sommeil calme. Bien que pendant les paroxysmes il se livrât constamment à des mouvements violents, le pouls ne s'éleva jamais au-dessus de 75 à 80. La température du corps était à peu près normale; la langue était propre et humide; le malade crachait souvent; les garde-robes étaient difficiles. Vers la fin de juillet l'intensité des accès maniaques diminua, bien que le malade fût toujours en proie à une certaine surexcitation et déraisonnât complétement; il bavardait toute la journée, mais ses idées n'avaient pas la moindre suite, et l'on ne pouvait nullement saisir dans ses discours la trace d'un délire dominant; il était encore malpropre, il se jetait sur les aliments avec une gloutonnerie animale, etc. Les nuits étaient généralement calmes, le pouls et la température du corps se maintenaient à peu près normaux. (On donna de l'extrait de

belladone pendant quatre semaines, puis de la teinture de digitale, du commencement d'octobre jusqu'à la fin de décembre.) Sous l'influence de ce dernier médicament, le pouls tomba parfois à 50, aux carotides il était plus plein et plus tendu qu'auparavant; le malade avait de temps à autre une tendance aux épistaxis. D'un autre côté, on reconnut alors qu'il avait une surexcitation des organes génitaux qu'on n'avait pas remarquée jusque-là, il s'adressait à toutes les femmes de chambre qu'il voyait et se livrait sans pudeur à l'onanisme. D'ailleurs au point de vue intellectuel son état n'avait guère changé, si ce n'est que depuis la fin d'octobre il avait un peu moins de confusion dans le jugement, mais la perversion des sentiments affectifs avait plutôt augmenté, et il avait un penchant manifeste au vol, qu'on n'avait jamais observé chez lui dans l'état de santé. De temps en temps il eut encore quelques paroxysmes d'excitation maniaque qui nécessitèrent de nouveau l'emploi de la camisole pour l'empêcher de commettre des actes de violence.

Au commencement de janvier on cessa l'usage des moyens que nous avons indiqués; le malade recevait tous les deux jours une douche prolongée d'eau froide sur la tête, et toutes les semaines on lui mettait trois sangsues dans les narines. Son état s'améliora alors d'une façon surprenante; déjà à la fin de février il répondait juste à des questions simples; les accès d'excitation maniaque disparurent complétement, ainsi que le penchant du vol et des actes vénériens; au bout de peu de temps l'intelligence se rétablit, la conduite devint régulière. Le malade quitta l'asile en juillet, après y avoir passé un an. (Jakobi, *Die Hauptformen der Seelenstörungen*, t. I, p. 81.)

OBS. XXXIII. — *Causes morales. Manie avec tendance constante à la raillerie et nymphomanie (prurigo vulvaire). Guérison.* — Catherine T..., trente-neuf ans, sans disposition héréditaire à la folie, jouissant d'une bonne santé habituelle, présentait, étant jeune fille, des idées profondément religieuses, et avec cela un tempérament très amoureux. Elle épousa un de ses proches parents après avoir eu de lui antérieurement un enfant; il y a un an et demi elle perdit son mari. Celui-ci, qui était très riche, avait souvent prêté de l'argent en prenant hypothèque sur des biens qu'il avait ensuite fait vendre et achetés. Aussi était-il généralement détesté, et l'on racontait après sa mort qu'on l'avait vu plusieurs fois revenir la nuit sous forme d'un fantôme de feu dans les terres qu'il avait ainsi achetées. Catherine s'effraya beaucoup de ce récit auquel elle était prête à ajouter foi; elle tomba d'abord dans un état d'agitation et d'anxiété, se préoccupant beaucoup d'une pensée qui lui était déjà venue une fois, à savoir que, en raison de sa proche parenté avec son mari, le mariage qu'elle avait contracté avec lui n'était qu'un concubinage, que le fantôme venait lui reprocher ce crime, ainsi que les biens que son

mari avait acquis par des ventes forcées; elle eut alors l'idée de rendre ces biens à leurs anciens propriétaires; elle examina alors avec toute sa conscience les titres de propriété de son mari et les moyens par lesquels il avait gagné toute sa fortune; elle acquit ainsi la preuve vis-à-vis d'elle-même que tous ces biens avaient été légalement acquis, mais cela ne lui procura pas la moindre tranquillité; l'apparition de son mari, sous forme d'un spectre de feu, était toujours présente à son esprit; elle restait calme, muette et froide devant les autres personnes, ses yeux restaient toujours fixés sur un même point, elle n'entendait et ne voyait rien que l'inquiétude profonde qui la tourmentait intérieurement. Cet état dura deux mois environ, puis elle fut agitée, ne pouvant se tenir chez elle, allait et venait; enfin elle entreprit un voyage pour aller chez des amis à Riedelheim. Arrivée chez eux, elle se livra à un véritable débordement de politesse et de compliments, s'exprimant avec une élégance extraordinaire; puis, dans la nuit suivante, elle se mit à crier au feu, entra dans une fureur effroyable et déchira ses vêtements. (Sangsues, applications froides, lavements.)

On m'appela alors. Comme j'entrais dans sa chambre avec un de ses voisins, homme sec et peu complimenteur qui avait un très long nez, elle vint amicalement au-devant de moi et me demanda comment je me portais, en me faisant une profonde révérence. Puis elle se mit à tourner plusieurs fois sur le pied gauche et éclata de rire. Le voisin lui fit alors observer qu'il n'était pas convenable de se conduire ainsi devant le docteur : « Manant, lui répondit-elle, priez le docteur qu'il vous aide à « comprendre; vous pourriez l'atteindre avec votre grand nez. » Puis elle se mit à crier, à lui dire des injures, et voulut l'égratigner et le mordre; celui-ci se retira à l'écart; alors elle sauta avec une grande dextérité sur le poêle et de là sur le pied du lit où elle se mit à danser comme une danseuse de corde. Elle chantait, pleurait et riait tour à tour; elle ne cessait de bavarder, lançant des idées incohérentes et sans suite, et qui n'avaient de sens que dans le feu de la rage; elle semblait un satyre. A la porte de sa chambre il y avait une fente par où elle pouvait voir dans la rue. Sur tous ceux qui passaient devant elle, elle faisait des observations méchantes, mais vraies, relatives soit au mauvais côté de leur caractère, soit à des faits ridicules de leur vie. — Parfois elle courait d'un coin de la chambre à l'autre, comme si elle avait peur de quelque chose; de temps à autre elle faisait avec le bras droit des mouvements brusques et violents, comme si elle luttait avec un spectre; jamais elle n'avait une minute de calme. La figure était pâle, mais quand la malade entrait en fureur, elle devenait rouge. Les vaisseaux du front étaient gros comme un tuyau de plume, les yeux étaient injectés, les èvres rouges, la figure était menaçante, tous ses muscles se tendaient,

elle déchirait ses vêtements, frappait la fenêtre et égratignait les murs. Elle avait un grand appétit et dévorait gloutonnement les aliments qu'on lui donnait; elle urinait et allait à la selle sans s'occuper si quelqu'un était auprès d'elle.

La nuit elle avait quelques heures de calme et de sommeil; mais dès que les premiers rayons du soleil apparaissaient, elle était de nouveau agitée. La menstruation était régulière; au moment de ses règles, les paroxysmes étaient plus intenses.

Toutes les fois que ses idées avaient un peu d'enchaînement et de suite, c'étaient des railleries mordantes; elle appelait son gardien M. Robespierre, et elle ajoutait : « En allemand, cela veut dire M. le valet de « bourreau. » Après quelques pensées cohérentes, arrivait tout à coup un flux non interrompu de paroles complétement dépourvues de sens; quelquefois dans ce bavardage confus on pouvait distinguer quelques idées se rapportant à l'amour maternel.

Elle resta ainsi pendant plusieurs mois; puis on me pria de nouveau de lui donner mes soins. Je la trouvai alors dans l'état suivant : en dehors de la vue et de l'ouïe les autres sens étaient abolis; elle était nymphomaniaque à un haut degré. Attouchements aux parties génitales, jurements de la malade quand elle ne pouvait satisfaire son penchant, recherche des manières, regard lubrique, tout cela formait un ensemble de symptômes auxquels il était impossible de se méprendre.

Je fis faire à la malade des courses prolongées, et quand elle eut un violent accès de fureur, je lui donnai 50 gouttes d'eau distillée d'amandes amères concentrée. La fureur cessa immédiatement, la malade s'affaissa sur une paillasse qui était à côté d'elle et se tint calme. Mais au bout de deux heures la fureur utérine recommença, la malade croyait voir dans chaque homme qui était présent un amant ancien. (Eau distillée d'amandes, 50 à 150 gouttes trois fois par jour.) Le sens du toucher et le goût semblèrent revenir un peu; la malade parlait un peu, quoique d'une façon très vague, de ses enfants; mais elle pensait toujours voir ses amants autour d'elle. Les accès de fureur devinrent plus courts et plus rares; la malade eut un peu plus de sommeil; elle était aussi plus calme dans son lit. On pouvait déjà provoquer chez elle le souvenir de certaines circonstances importantes de sa vie. Quand elle devenait railleuse, cela annonçait généralement l'imminence d'un accès de fureur, et, lorsque ses railleries étaient fines et spirituelles, on pouvait compter à coup sûr un accès rapproché. Elle ne déchirait plus ses vêtements, elle aimait au contraire à se bien habiller; elle ne gâtait plus qu'à de rares intervalles, et le moindre reproche, la moindre menace suffisait alors pour que la malade s'observât convenablement. Comme on le fait chez les enfants, il fallut reprendre son éducation physique et intellectuelle aux pre-

miers éléments, et l'amener progressivement à un degré plus élevé. Mais les accès de délire furieux ne cessaient pas encore complétement. Dans l'intervalle des moments où elle prenait son médicament (eau d'amandes amères) et ordinairement deux heures après l'avoir pris, elle avait un accès de fureur et un désir immodéré de coït. Quinze jours après chaque époque menstruelle, on lui fit de petites saignées de 10 onces; dès ce moment les accès de fureur devinrent plus rares, et la malade commença à se plaindre de démangeaisons et de brûlure aux parties génitales. Puis on amena peu à peu la malade à se livrer au travail. Les bons exemples et les bons conseils la ramenèrent aux sentiments religieux; enfin elle guérit après un an de maladie. (Velten, *in* Nasse, *Zeitschr. f. psych. Aerzte* 1820, p. 709.)

Obs. XXXIV. — *Deux accès de manie, développés chaque fois par de fortes impressions de l'odorat pendant les couches et l'allaitement. Troisième accès à la suite d'une fausse couche. Guérison.* — R..., âgée de trente-quatre ans, fut admise à l'hospice le 10 novembre 1813. Elle est d'un caractère doux, mais très vif; sa taille est élevée; ses cheveux sont châtains, ses yeux grands et bruns, sa physionomie mobile. A seize ans, les menstrues s'établirent spontanément; à vingt-quatre ans, R... se marie.

Vingt-six ans. Le troisième jour de sa première couche, une dame portant du musc monte chez elle; aussitôt délire; cependant la malade continue d'allaiter son enfant qui est mort à trois ans. Ce premier accès a été caractérisé par la manie avec fureur et n'a duré que deux mois; il a cessé tout à coup après une vive frayeur. Depuis ce premier accès, cette femme est restée très susceptible. Tous les printemps elle a de l'exaltation sans délire qui se dissipe par l'usage des antispasmodiques.

Trente ans. Pendant que R... sèvre son enfant âgé de un an, elle descend dans la boutique de son mari où il y avait de la peinture; l'odeur provoque aussitôt le délire qui augmente pendant cinq jours, et qui est suivi de manie avec fureur. Le 4 août 1809, admission à la Salpêtrière. Septembre, rémission très marquée; R... est calme et paraît raisonnable, son mari sollicite sa sortie et l'obtient le 12 octobre suivant. Dès le deuxième jour de sa sortie, retour du délire, de la fureur, suppression des menstrues, abdomen volumineux. Rentrée à l'hospice, la malade s'est calmée à l'approche de l'hiver. En décembre, les menstrues s'établissent, et R... sort de l'hospice le 24 juin 1811.

Trente-quatre ans, 1er novembre 1813. Fausse couche de deux mois, hémorrhagie; dès le lendemain, grande loquacité. Le 3 novembre, manie, fureur (bain de pieds, sangsues aux malléoles) sans rémission. La malade est conduite à l'hospice. A son arrivée les yeux sont hagards, la

face est pâle, les traits affaissés; délire général, manie, fureur. Trois jours après, elle est calme et reconnaît qu'elle est dans l'hospice.

Le 16 novembre, les menstrues manquent. — Le 22, la malade voit son mari avec intérêt; elle est triste, mais ses réponses sont justes (bain tiède). — Le 28, fièvre, embarras gastrique (vomitif), déjection abondante; depuis les idées sont suivies, R... est calme, travaille; retour progressif à la raison.

Le 21 décembre, R... sort de l'hospice parfaitement raisonnable, quoique les règles ne soient pas parfaitement rétablies. (Esquirol, *Maladies mentales*, t. I, p. 257.)

Obs. XXXV. — *Paroxysmes de fureur accompagnés de tentatives de meurtre, venant à la place d'attaques d'épilepsie.* — Un paysan, né à Krumbach (en Souabe), et de parents qui ne jouissaient pas de la meilleure santé, âgé de vingt-sept ans et célibataire, était sujet depuis l'âge de huit ans à de fréquents accès d'épilepsie. Depuis deux ans sa maladie a changé de caractère sans qu'on puisse en alléguer de raison : au lieu d'accès d'épilepsie, cet homme se trouve depuis cette époque attaqué d'un penchant irrésistible pour le meurtre. Il sent l'approche de son accès plusieurs heures, quelquefois un jour avant l'invasion. Du moment où il a ce pressentiment, il demande avec instances qu'on le garotte, qu'on le charge de chaînes pour l'empêcher de commettre un crime. « Lorsque cela me prend, dit-il, il faut que je tue, que j'étrangle, ne fût-ce qu'un enfant. » Sa mère et son père, que du reste il chérit tendrement, seraient, dans ses accès, les premières victimes de son penchant au meurtre. « Ma mère, s'écrie-t-il d'une voix terrible, sauve-toi, ou il faut que je t'étouffe. »

Avant l'accès, il se plaint d'être accablé par le sommeil, sans cependant pouvoir dormir; il se sent très abattu et éprouve de légers mouvements convulsifs dans les membres. Pendant les accès, il conserve le sentiment de sa propre existence; il sait parfaitement qu'en commettant un meurtre il se rend coupable d'un crime. Lorsqu'on l'a mis hors d'état de nuire, il fait des contorsions et des grimaces effrayantes, tantôt chantant et tantôt parlant en vers. L'accès dure de un à deux jours. L'accès fini, il s'écrie : « Déliez-moi; hélas! j'ai bien souffert; mais je m'en suis tiré heureusement, puisque je n'ai tué personne. » (Esquirol, *Maladies mentales,* t. II, p. 831.)

§ 138. — Il n'y aurait aucun intérêt particulier à décrire ici dans tous leurs détails les différentes espèces de la manie admises par les auteurs. Ainsi que nous l'avons indiqué déjà plus haut, elles sont basées tantôt sur les impulsions ou les divers penchants qui se manifestent alors d'une façon exaltée (nymphomanie, *mania saltans*, fureur poétique, etc.), tantôt sur les causes de la maladie (manie puerpérale, manie des bu-

veurs, etc.). Pour ce qui est de cette dernière forme en particulier, du *delirium tremens*, dans tous les cas où cette affection est bien tranchée, elle consiste en un degré ordinairement modéré d'agitation, précédée d'une courte période mélancolique, et qui s'accompagne d'ordinaire d'un peu de stupeur, d'un tremblement des extrémités, d'une insomnie persistante et de sueurs abondantes. Souvent pendant toute la période d'agitation on voit un état d'anxiété qui entretient la surexcitation; très ordinairement ces individus ont des hallucinations variables de la vue, ils voient des animaux, des souris, des chevaux, des oiseaux, etc...; le délire roule aussi sur une foule d'illusions et de fantasmes de nature triste et anxieuse.

Nous n'avons pas à entrer ici dans beaucoup de détails sur le *delirium tremens*. Ordinairement cette affection ne compte pas parmi les maladies mentales, et les individus qui en sont atteints, en raison même de sa courte durée, n'entrent pas dans les asiles d'aliénés. Toutefois les asiles des grandes villes sont toujours à même de recevoir un nombre plus ou moins considérable de faits de ce genre, ce qui doit nécessairement modifier d'une manière notable (et favorable) leur statistique par rapport à celle des autres asiles. A l'asile de Bloomingdale à New-York, sur 322 malades atteints de *delirium tremens*, il en est mort 20; 286 ont guéri (16 étaient encore en traitement); la mort, dans le plus grand nombre des cas, est arrivée dans la première semaine (P. Earle).

Il s'en faut de beaucoup que la nymphomanie, c'est-à-dire cet état de surexcitation sexuelle que l'on observe chez les femmes, se traduise toujours par des paroles ou des actes se rapportant à l'excitation sexuelle, très souvent elle revêt une forme plus légère, se manifestant par une légère coquetterie, par une certaine recherche de toilette, par une conversation un peu libre et une certaine familiarité avec le médecin; la malade parle souvent de mariage, dit des mots à double entente, etc. — Souvent on observe chez les femmes atteintes de nymphomanie proprement dite un penchant incessant à se laver le corps, à friser leurs cheveux, elles déchirent leurs vêtements, vomissent sans cesse des injures contre l'esclavage des femmes, témoignent un profond mépris envers leurs compagnes en raison de leur sexe (voy. Neumann, *Psychiatrie*, p. 79); cet état dure souvent très longtemps. — Enfin la manie avec le caractère nymphomaniaque se présente quelquefois sous forme d'une affection aiguë, amenant rapidement un grand épuisement et se terminant promptement par la mort; dans ces cas on a trouvé à l'autopsie des inflammations aiguës des organes génitaux. (L. Meyer, *Virchow's Archiv*, IX, 1856.)

Nous croyons devoir distinguer comme une forme spéciale de la manie, qui demande de nouvelles recherches, les faits que quelques auteurs

français (en particulier M. Brierre de Boismont) ont décrits sous le nom de *délire aigu*. Ce qui caractérise ces faits, c'est leur brusque explosion, un délire furieux accompagné d'un bavardage incessant, incohérent et dépourvu de sens, mais exprimant surtout l'anxiété, quelquefois la crainte d'être empoisonné, etc.; le malade a du vertige, ses mouvements sont gauches, tremblants, comme s'il était dans une demi-ivresse; souvent on observe de légères contractions musculaires; le malade n'a pas de sommeil, le visage est pâle, la langue sèche, les forces tombent vite; d'après M. Brierre, cet état s'accompagne souvent de fièvre. Le délire aigu dure de quelques jours à cinq ou six semaines; souvent les malades s'épuisent rapidement et succombent; à l'autopsie on trouve de l'hypérémie des membranes cérébrales, quelquefois aussi on ne trouve absolument rien (1).

(1) Sous le nom de *délire aigu*, on a décrit des faits d'une nature très différente. Ils doivent surtout être distingués en deux classes, ceux qui appartiennent à la manie simple et ceux qui se rapportent à la manie congestive.

Je parlerai d'abord des premiers.

Il arrive assez souvent que chez des malades qui offrent, depuis quelques jours, une ou deux semaines, les signes d'un accès de manie simple, on voit tout à coup survenir des symptômes plus aigus.

L'insomnie devient complète pendant cinq ou six jours.

L'agitation est extrême et les cris incessants; bientôt il est impossible de fixer l'attention du malade qui prononce des mots sans suite, restant tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui.

En même temps les yeux sont brillants, la langue, les dents et les lèvres sèches, refus des aliments et souvent des boissons; constipation opiniâtre.

La peau devient chaude et le pouls acquiert en quelques jours une fréquence extrême (120 à 130 pulsations).

A travers les parois du ventre qui sont contractées et comme collées sur la colonne vertébrale on sent des battements aortiques très forts.

Le plus souvent, sans que l'auscultation fasse rien découvrir dans la poitrine, le malade expectore des crachats épais, grisâtres, non aérés.

Quand ces symptômes se sont prolongés une semaine ou plus, le malade tombe tout à coup dans une prostration extrême, il cesse de crier, marmotte des mots sans suite ou reste dans le mutisme. Les traits sont profondément altérés, le pouls extrêmement petit, filiforme, impossible à compter. Soubresauts des tendons, teinte légèrement cyanosée de la peau. Le malade succombe, après avoir offert assez souvent un retour momentané à la raison.

Dans un certain nombre de cas, il est impossible de sentir le pouls, vingt-quatre, trente-six et même quelquefois quarante-huit heures avant la mort.

A l'autopsie, on trouve une hypérémie plus ou moins considérable des membranes et de la substance même du cerveau.

Les symptômes que je viens d'indiquer peuvent se présenter au début de la manie sans que la terminaison soit funeste. On voit alors ces symptômes rétro-

M. Cruveilhier et Abercrombie ont déjà décrit des faits semblables. (Voy. Brierre, *Union médicale*, 1849; Luther Bell, *American Journal of insanity*, 1849; Jessen, *Zeitschr. f. Psych.*, 1854.)

§ 139. — Des faits importants au point de vue pratique et qui sont

grader et la manie reprendre son cours sous une forme moins aiguë. Ce sont les cas de ce genre que Stoll paraît avoir eus en vue en parlant de la frénésie qui survient chez les femmes en couches quand il a dit « qu'elle dégénère souvent en folie qu'on guérit fréquemment ».

Dans les cas, au contraire, où les symptômes persistent ou s'aggravent, la mort est presque certaine. On est quelquefois surpris par sa rapidité, la période de prostration ne se prolongeant alors qu'une journée à peine.

Le délire aigu peut débuter d'emblée, après les prodromes d'un accès de manie, ou bien il arrive dans la première ou la seconde semaine, lorsque celle-ci a déjà éclaté.

Ce qui peut le faire redouter, c'est une insomnie opiniâtre et une agitation continue et sans rémission. Lorsque ces symptômes se présentent chez des femmes au début de la manie et à l'époque des règles, la transformation en délire aigu est particulièrement à craindre. J'ai depuis longtemps insisté sur ce fait que j'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de fois, depuis vingt ans, à la Salpêtrière. Habituellement, dans les cas de ce genre, les règles ne font que paraître pendant quelques heures; quelquefois, cependant, la menstruation a pu se prolonger deux ou trois jours, sans que la marche des accidents ait été arrêtée.

Beaucoup de médecins, à l'exemple de M. Griesinger, n'ont pas fait du délire aigu une maladie à part. Cette opinion me paraît être celle qui doit être adoptée. Il est certain que si l'on oppose le délire aigu à la simple excitation maniaque, ce sont là deux états tout à fait différents. Mais ces états sont reliés entre eux par une foule de cas intermédiaires, et l'on voit ainsi graduellement les différences disparaître. M. Lélut, qui a considéré le délire aigu et la manie aiguë comme deux maladies distinctes, ajoute cependant : « Je n'ai pas besoin de dire quels rapports de succession, de mélange et souvent d'identité, il existe entre la manie aiguë et le délire aigu, et combien il serait peu convenable d'attacher trop d'importance à leurs caractères différentiels. C'est comme cela aussi pour presque toutes les formes de la folie. »

M. Brierre de Boismont lui-même qui, plus que personne, a cherché à faire du délire aigu une maladie spéciale, convient aussi « que si l'on étudie l'étiologie, les terminaisons, quelques-uns des symptômes, on est forcé de reconnaître que le délire aigu se rapproche de la folie dans certaines variétés à marche aiguë ».

Un des arguments principaux qu'on peut invoquer pour ne pas séparer d'une manière complète le délire aigu et la manie aiguë, c'est que non-seulement l'étiologie et spécialement l'influence de l'hérédité sont les mêmes, mais encore les prodromes sont exactement semblables. La femme d'un ouvrier est prise d'un accès de manie, elle entre à la Salpêtrière et guérit après trois mois. Pendant près de six semaines, cet accès avait été annoncé par un changement bien marqué dans le caractère, de la bizarrerie et surtout par l'espèce d'aversion que cette femme témoi-

assez fréquents, ce sont ceux où la manie n'est qu'incomplétement développée; le plus souvent ces faits ne représentent que la première période d'exaltation qui précède l'explosion de la manie ou de la monomanie, ou bien une période de rémission séparant deux accès maniaques, ou bien encore une période de terminaison de la manie; mais quelquefois aussi cet état persiste longtemps avec ce même caractère, et c'est avec raison qu'on le considère alors comme une forme spéciale de folie ayant le caractère de l'exaltation. Nous avons déjà plus haut signalé en partie cet état comme étant un mode d'expression relativement faible de cer-

gnait pour l'aîné de ses enfants. Dix-huit mois après, les mêmes prodromes se présentent, même changement dans le caractère, même aversion pour l'aîné de ses enfants. Je prédis l'invasion d'un second accès de manie semblable au premier, mais c'est le délire aigu qui éclate et la malade succombe le huitième jour.

J'ai plusieurs fois appris que des aliénés guéris, auxquels j'avais précédemment donné des soins, avaient succombé en quelques jours dans leurs familles à des fièvres cérébrales, et il est probable que tous ces faits doivent être assimilés à celui qui vient d'être cité.

Au point de vue des lésions anatomiques, il n'y a d'ailleurs aucune différence essentielle entre la manie aiguë et le délire aigu, et, dans ses *Recherches d'anatomie pathologique*, on peut voir que M. Parchappe n'a établi qu'un seul ordre de faits sous le nom de *manie aiguë*.

Quant au délire aigu congestif, on l'observe au début de la période maniaque de la paralysie générale; il est donc précédé des prodromes et des premiers symptômes de cette affection. Il est caractérisé par une agitation musculaire très grande et qui devient comme convulsive, le tremblement des lèvres, des paroles tronquées, un délire général dans lequel prédominent encore des idées de grandeur, etc. En outre, on constate des signes de congestion; l'injection des conjonctives, la rougeur de la face, etc. La peau est chaude, le pouls fort et fréquent. A mesure que la maladie s'aggrave, on observe des soubresauts de tendons, des grincements de dents et bientôt arrive la période de prostration et la mort. A l'autopsie, on découvre des signes d'une congestion beaucoup plus forte que dans le délire aigu simple. Le cerveau est volumineux, turgescent, gorgé de sang et d'un poids plus considérable que dans l'état normal. Assez souvent on trouve, sur des points limités, les membranes adhérentes à la couche corticale.

C'est à cette variété de délire aigu que semble se rapporter cet autre passage de Stoll : « La frénésie vraie est une maladie très aiguë, elle tue au troisième, au quatrième et au septième jour; elle passe rarement ce dernier.

» Les malades périssent ou dans les convulsions, ou apoplectiques, par la violence de l'inflammation, une lymphe coagulable transsudant entre les méninges, une sérosité abondante s'amassant dans les ventricules, comprimant les parties environnantes.

» Ou elle dégénère en folie incurable, par l'endurcissement, l'épaississement, l'adhérence des méninges. » (B.)

tains penchants et de certaines impulsions, existant à côté d'une intelligence encore à peu près intacte. Mais souvent aussi on observe une exagération de la volonté, ne s'attachant pas à un groupe déterminé d'objets, mais générale, et se manifestant par une activité extraordinaire et incessante; le malade est très affairé, il a un grand désir de découvrir toujours quelque chose de nouveau, il éprouve le besoin de changer et de bouleverser le monde entier suivant ses projets excentriques. Ces individus ont toujours quelque chose à faire, des spéculations, des achats, des cadeaux, des ventes, etc.; tout ce qu'ils voient, tout ce qui se présente à eux, ils veulent l'avoir en leur possession, et souvent ils gaspillent ainsi en peu de temps des sommes importantes. Ordinairement ils sont orgueilleux dans leur tenue, ils cherchent à se faire valoir, à attirer les regards; leur démarche est assurée, arrogante. Leur humeur varie brusquement, tantôt enjouée ou abattue, tantôt déprimée ou violente, emportée; ils se mettent facilement en fureur, surtout si quelque chose vient gêner leurs actions ou blesser leur vanité. D'autres sont portés à la ruse, aux intrigues, ou bien au vol, à l'ivrognerie; d'autres ont des tendances érotiques ou des idées religieuses exagérées. — Les malades parlent beaucoup, fort et vite, mais sans délire proprement dit. Leurs discours indiquent qu'ils ont une idée exagérée d'eux-mêmes, sans qu'ils se prennent toutefois pour des personnages illustres; mais ils ont simplement une tendance à s'exagérer beaucoup à eux-mêmes leurs facultés leur puissance, leurs forces physiques, leur santé, etc. La haute idée que le malade a de lui-même, il la reporte souvent sur tout ce qui l'entoure, et il suffit que quelque chose lui appartienne pour qu'il lui attribue des propriétés extraordinaires.

Dans la description que nous venons de donner d'après le résultat de nos observations, description qui concorde tout à fait avec celle de Jessen, on reconnaît un état d'exaltation modérée, qui dégénère en manie lorsque l'explosion de l'effort a lieu à l'extérieur, et qui se transforme au contraire en monomanie quand cette exaltation intérieure s'exagère et s'accompagne de la production de conceptions délirantes fixes. Plus cet état s'éloigne de l'une de ces deux formes nettement caractérisées, c'est-à-dire moins le malade délire, plus il est en état de justifier le penchant morbide qui le pousse par des motifs qui sont encore dans les limites de la possibilité, plus il est facile de se méprendre sur cet état pathologique et de le regarder comme le résultat d'un caractère capricieux et original chez un individu d'ailleurs bien portant. Or c'est une erreur, cet état rentre dans ce qu'on appelle la folie raisonnante, dont il constitue la forme maniaque.

L'affection reste-t elle au degré de développement que nous venons de décrire plus haut, elle peut se terminer (dans un temps assez court)

par la guérison, ou bien dégénérer en un état d'affaiblissement intellectuel avec persistance et prédominance d'une humeur enjouée, de vanité et de contentement de soi-même; l'individu se livre à des actes insensés, il va et vient, rit, danse, etc., il joue comme un enfant, il soigne précieusement des objets sans valeur, mais auxquels dans son délire il en attache une très grande, etc. Ces formes se rattachent à ce que l'on a désigné sous le nom de démence agitée (*Moria*, *Narrheit*).

L'observation suivante offre un exemple d'un état d'exaltation simple et peu intense, revenant à plusieurs reprises et par accès, sans aller jamais jusqu'à la manie ou la monomanie.

Obs. XXXVI. — Johann Reiberg, trente-sept ans, vigoureux, sans disposition héréditaire à la folie, vivant dans de bonnes conditions extérieures comme cultivateur. A l'âge de vingt ans, il eut, pour la première fois, un accès de folie qui dura six semaines; depuis lors il eut sept accès semblables revenant à des intervalles d'une, deux ou trois années.

Chaque fois la maladie suivit la marche générale que voici : Il était d'abord, pendant quelque temps, sombre et abattu, puis survenait une excitation toujours croissante, mais qui, dans ses paroxysmes les plus élevés, ne représentait qu'une simple exagération des penchants ordinaires de cet individu. Son amour pour les chevaux, les chiens et la chasse devenait alors plus vif que jamais, et il était d'une activité inouïe à ses travaux d'agriculture. Il était alors extrêmement entreprenant, s'occupant sans cesse, se livrant du matin au soir et sans relâche aux travaux les plus pénibles des champs, il avait une confiance exagérée en lui-même et se mettait facilement en colère; son jugement faiblissait un peu dans ces moments; en même temps il était renfrogné, fuyait les personnes de sa famille, et se montrait avec elles froid et méchant. Pendant ces accès, il passait le plus souvent les nuits sans dormir, sans que l'extrême activité qu'il déployait pendant le jour eût jamais à en souffrir le lendemain. L'appétit était augmenté, et tandis qu'en dehors de ces accès il était très sobre en fait de boissons alcooliques, il avait alors une grande tendance à boire, mais sans aller jusqu'à l'ivresse. Jamais pendant ces moments il n'eut, à vrai dire, de dérangement intellectuel profond, mais il présenta plusieurs fois des conceptions délirantes passagères. Dans tous ses accès, la folie ne se traduisait que par une excitation générale de toutes les facultés mentales et par le caractère instinctif, pour ainsi dire, des actes par lesquels il manifestait sa volonté et ses penchants. Dans l'espace de quatre à cinq semaines cet état arrivait à son maximum d'intensité, puis l'excitation se dissipait bientôt, mais le retour à son caractère normal ne se faisait chez lui que par l'intermédiaire d'une période d'abattement qui durait plusieurs jours, comme celle qui avait marqué le début de l'accès.

Le malade lui-même, pendant la durée de ces accès, avait conscience de son état, et quand ils étaient passés, il était abattu et honteux ; plusieurs fois il manifesta le désir, si les accès se reproduisaient, de se faire traiter à Siegburg ; enfin, lorsqu'il fut violemment repris une autre fois, on l'amena à l'asile en septembre 1829. Son accès était alors arrivé à peu près à son paroxysme, qui bientôt commença à décroître et à faire place à la période ordinaire d'abattement; puis le malade revint à son état normal.

Quelles étaient les causes qui amenaient de temps en temps cet état d'irritabilité du cerveau et du système nerveux tout entier atteignant parfois un degré extraordinaire d'intensité? C'est ce qu'il était assez difficile de s'expliquer. Mais on découvrit que le malade avait depuis son enfance des habitudes d'onanisme auxquelles il se livrait très fréquemment. Sans cesse tourmenté par des remords, il prenait la résolution de ne plus s'abandonner à son funeste penchant ; mais, après avoir lutté vainement pendant quelque temps, il finissait par succomber, et bientôt après arrivait, à la suite de l'épuisement du cerveau et du système nerveux, la période d'excitation maniaque que nous avons décrite.

Le traitement consista dans un régime modéré, des bains tièdes avec des douches froides, le redressement moral, et des moyens de coercition pour l'empêcher de se livrer à l'onanisme. On arriva ainsi pendant plusieurs mois au moins à le soustraire à son honteux penchant. (Jacobi, *Die Hauptformen der Seelenstorungen*, 1844, t. I.)

§ 140. — Avant de terminer l'étude de la manie, nous avons encore à dire quelques mots de ce que l'on appelle la *manie sans délire*, espèce pathologique que Pinel a créée, il faut bien le dire, pour le malheur de la science. En effet, si la remarque que Pinel avait déduite de ses observations était exacte et méritoire, à savoir que les impulsions et les actes de violence des maniaques ne sont pas toujours le résultat d'une perversion des idées, — on admet aujourd'hui qu'originairement il n'en est presque jamais ainsi, — il y avait déjà confusion à donner la même dénomination à deux états de folie différents : ce sont, d'un côté, les véritables accès de fureur périodique ne s'accompagnant pas d'un délire intense ; de l'autre et principalement, ces états d'exaltation mentale modérée dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent, dans lesquels les malades font des actes insensés, mais sont encore en état de justifier et d'expliquer leurs actions par un raisonnement cohérent et qui ne sort pas encore des limites du possible, je veux parler de la folie raisonnante. Sous ce même nom les successeurs de Pinel ont encore rangé d'autres états, par exemple ceux que nous avons décrits plus haut comme des degrés de mélancolie modérée avec tendance à des actes de violence, et même des

actes de violence commis par suite d'idées fixes restées jusque-là cachées, ce qui enfin ne pouvait pas être justifié !

Si l'on recherche attentivement quels sont les états maniaques auxquels le nom de manie sans délire pourrait convenir, on reconnaît tout d'abord qu'il n'y a pas un seul cas de manie dans lequel la perception passée à l'état de conscience, l'intelligence, soit absolument intacte. Même dans les degrés les plus légers de la manie, l'intelligence participe à l'exaltation générale, elle acquiert tout au moins une activité et une promptitude exagérées, et par cela même devient le plus souvent confuse. Dans tous les accès de fureur, la pensée calme, distincte, comme elle l'est à l'état normal, fait complétement défaut. Il est vrai que l'on peut quelquefois, en adressant la parole aux maniaques, fixer pour un moment leur attention et obtenir d'eux des réponses justes ; mais cela montre simplement, comme l'a fait observer Jessen, que la manie est susceptible de rémissions et d'intermittences momentanées, « car le malade n'est pas en fureur quand il parle raisonnablement, et du moment où il est en proie à une violente excitation, il cesse de parler d'une manière raisonnable ». On ne peut pas dire non plus qu'il n'y a pas de délire dans ces impulsions morbides que nous avons signalées plus haut et qui portent les malades à commettre des actions de violence. En effet, ces pensées de meurtre qui ne sont pas le résultat de circonstances morales extérieures, et qui sont uniquement provoquées par une disposition morbide de l'esprit, sont déjà en elles-mêmes des idées délirantes, de même que dans la manie furieuse (*mania furibonda*), et dans toute émotion violente, comme la colère, il surgit de nouvelles idées, des jugements et des projets nouveaux en harmonie avec la disposition morbide de l'esprit.

Les états dans lesquels la confusion des idées est le moins accusée, où il y a le moins de conceptions délirantes et où l'on peut encore reconnaître le plus souvent une cohérence logique formelle dans la pensée, ce sont ces états d'exaltation légère que nous avons décrits plus haut et qui le plus souvent ne font que précéder le début de la manie confirmée. En effet, pour les cas de ce genre, pour la folie raisonnante, on pourrait employer, comme Pinel l'a fait en partie, le nom de *manie sans délire*. Mais, comme ce dont il s'agit pour le médecin en présence du malade, ce n'est pas de donner un nom à l'affection qu'il a sous les yeux, mais bien d'analyser et d'apprécier au point de vue psychologique l'état fondamental de la maladie psychique, les circonstances qui lui ont donné naissance et les conséquences qui en découlent, ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de laisser complétement tomber en désuétude cette dénomination vague, obscure, et qui éveille toujours la curiosité des hommes de loi et des gens du monde.

Les faits dans lesquels on peut le mieux démontrer en justice que ces états sont le résultat de la maladie, sont ceux où ce changement s'est produit dans un temps assez court, ou revient par intervalles, et où l'on peut ainsi établir une comparaison avec l'état de santé chez ce même individu; ceux enfin où il existe en même temps des signes manifestes d'une affection nerveuse ou en général d'une maladie physique. Il devient, au contraire, difficile de prouver que cet état est le fait de la maladie, quand il se développe d'une façon lente et graduelle, et que par conséquent il est devenu habituel à cet individu et a fini par dégénérer en une particularité permanente du caractère. On n'oubliera pas d'ailleurs qu'un individu peut parler « d'une manière tout à fait raisonnable(!) », mais montrer en même temps par ses actes et par sa conduite qu'il est fou.

CHAPITRE II.

MONOMANIE EXALTÉE (*Wahnsinn*).

§ 141.—Sous le nom de monomanie exaltée nous comprenons des états d'exaltation, caractérisés par une disposition affirmative, expansive, de l'esprit, accompagnée d'un sentiment exagéré de soi-même, et de conceptions délirantes fixes et extravagantes auxquelles ce sentiment donne naissance.

C'est cette forme que Heinroth a décrite en grande partie sous le nom d'*ectasis paranoica*, et que Jessen a désignée par celui de *Schwärmerei* (chaleur, extravagance) et aussi en partie par celui de *Aberwitz* (faux esprit). La plupart des aliénistes français donnent à ces états le nom de monomanie (aiguë), d'ambition, d'orgueil, de vanité; Rush leur donne celui d'*aménomanie*. Ces états, il est vrai, s'observent spécialement dans un grand nombre de cas qui se terminent par la démence et la paralysie, mais ce serait une grande erreur de croire que la monomanie exaltée est toujours la première période de la démence paralytique; souvent, en effet, elle se termine par la guérison sans que les malades présentent aucun signe de paralysie, et d'un autre côté, le délire « monomaniaque » des paralytiques a quelque chose de particulier, c'est qu'il offre de bonne heure le caractère d'un affaiblissement intellectuel.

Nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit plus haut sur les états d'exaltation en général et aussi dans le § 135, ce qui nous permettra de ne faire ici qu'une courte description des symptômes de la monomanie exaltée.

Anomalies du sensorium, des penchants et de la volonté. — Dans

cette forme mentale elles se groupent toutes autour d'un centre commun, le sentiment exagéré que le malade a de lui-même. Pour lui, ce sentiment est fondé. Comme la faculté de vouloir, qui pendant la période mélancolique était affaiblie ou complétement supprimée, apparaît de nouveau, et que même l'effort se trouve exalté (il se traduit extérieurement par une activité exagérée), comme en même temps cette liberté de l'impulsion qui porte le malade à agir s'accompagne d'une facilité plus grande de la pensée, et qu'il sent que les idées lui arrivent constamment et en grande abondance, il en résulte qu'il a le sentiment d'un grand contentement de lui-même. Le malade se réjouit d'éprouver un grand bien-être intellectuel (et physique), il se sent plus libre et plus riche; tout effort lui est devenu facile, aussi non-seulement se croit-il bien portant et rejette-t-il avec force toute idée de doute que l'on émettrait à cet égard, mais encore il répète souvent que jamais de la vie il n'a été si heureux et si bien portant. Ce sentiment exalté de soi-même se traduit par une disposition élevée de l'esprit: le malade est d'une humeur joyeuse, quelquefois il se sent plein d'un chaud enthousiasme pour les sentiments les plus élevés; il a une grande confiance en lui-même, sa démarche est assurée, hardie, vaine, orgueilleuse; tantôt cette vanité n'est que superficielle, ses manières sont affectées, tantôt, au contraire, c'est un profond sentiment d'orgueil qui domine le malade, il cherche constamment les moyens de se faire valoir. Cette disposition affirmative de l'esprit est persistante; elle ne change pas à chaque instant et sans motif extérieur, comme dans la manie. Une cause extérieure peut, il est vrai, changer l'humeur du malade, mais cela n'est que momentané; le malade est irritable et violent, et quand on combat par des objections l'exactitude de ses affirmations ou qu'on s'oppose par la force à ses actes extravagants, aussitôt il s'irrite, il s'emporte, se met en colère, et cherche à défendre ses actes et ses idées; il ne veut pas que rien de ce qui pourrait diminuer cette disposition de son esprit puisse arriver jusqu'à lui.

Cette action exagérée de l'effort se traduit par un besoin constant d'une grande activité extérieure; le malade fait une foule de plans et de projets dont l'exécution lui paraît possible et facile, à lui qui se croit capable de tout. Il y a sous ce rapport une grande analogie entre la monomanie exaltée, et la manie qui présentent aussi d'ailleurs une grande différence entre elles. Ainsi le monomaniaque, comme le maniaque, éprouve d'abord et surtout le besoin de manifester sa force; seulement dans la manie ce besoin d'une explosion du côté de la face motrice de la vie de l'âme donne lieu immédiatement à des mouvements musculaires (souvent tumultueux), par lesquels le malade se débarrasse de ce besoin qui l'agitait; c'est là ce qui fait que ces mouvements ont quelque chose d'instinctif. Dans ces états, l'exaltation n'est qu'extérieure; mais lorsque

la volonté exaltée peut être influencée par des séries coordonnées d'idées et de jugements morbides, lorsque ce courant de l'intérieur vers l'extérieur n'est pas simplement le résultat d'un besoin vague et tumultueux, et qu'il peut être dirigé par des pensées dont l'individu a conscience, lorsque enfin une sorte de plan et de projet préside à la volonté, cet état s'éloigne de la manie et rentre dans la monomanie exaltée.

Cette différence entre ces deux formes mentales est très manifeste surtout quand, comme cela se voit assez souvent, certains groupes isolés de sensations et d'idées vagues apparaissent avec une vivacité particulière et se traduisent à l'extérieur sous forme de penchants, par exemple le penchant vénérien. Le maniaque qui a une simple exaltation sexuelle cherche à satisfaire son penchant de la manière la plus immédiate; il fait des tentatives sur toutes les personnes du sexe féminin qu'il rencontre sur son chemin; la femme atteinte de nymphomanie fait des propositions obscènes à tous les hommes qu'elle voit. Dans la monomanie, le penchant sexuel exagéré a un tout autre caractère: avant de se traduire par des actes, il se laisse guider par les nouvelles idées et les nouveaux jugements (exaltation morbide) qui occupent son esprit; le malade veut satisfaire ce penchant seulement dans le sens de l'opinion exagérée qu'il a de lui-même et des idées délirantes qui le dominent; c'est à des princesses ou à des dames du grand monde qu'il s'adresse; les femmes monomaniaques ont des aventures amoureuses imaginaires avec des princes, des rois, etc.

Ainsi chez le monomaniaque la surexcitation à laquelle il est en proie ne se traduit pas à l'extérieur d'une façon aussi immédiate que dans la manie, la détermination s'accompagne chez lui d'idées passées à l'état de conscience et perd le caractère instinctif pour prendre celui d'une volonté morbide. Le monomaniaque agit avec un calme extérieur beaucoup plus grand, mais aussi avec un trouble de la raison beaucoup plus profond que le maniaque, et l'exaltation générale à laquelle l'intelligence est en proie dans la monomanie entraîne promptement la suppression des conditions essentielles de l'intégrité de la vie psychique.

Anomalies de l'intelligence. — On trouve aussi chez le monomaniaque une exagération purement extérieure dans la vivacité et la rapidité de la pensée : les idées arrivent en foule au malade qui s'en réjouit intérieurement, il parle beaucoup et vite, changeant souvent de sujet. Toutefois c'est au début seulement que cela s'observe; plus tard un petit nombre d'idées délirantes dominent exclusivement la pensée et déterminent l'effort à elles seules.

Une autre anomalie de l'intelligence, c'est une exagération intérieure des idées, portant sur leur fond même, et se traduisant par une tendance à toujours employer de grands mots ronflants, des images aussi brillantes

que possible, à entasser des nombres énormes (des centaines de millions, etc.), et à bâtir des projets, des plans excentriques. Naturellement ces projets diffèrent beaucoup suivant les circonstances antérieures de la vie des malades, suivant leur position, leurs occupations et le degré d'éducation qu'ils ont. L'artisan fait de grandes affaires, le militaire fait marcher des armées nombreuses, livre des batailles, fait de grandes conquêtes ; un autre cherche à découvrir des problèmes de mécanique impossibles, par exemple le mouvement perpétuel ; un autre veut lancer sur terre et sur mer des chemins de fer ou des bateaux à vapeur d'une nouvelle invention, qui doivent le rendre maître de toutes les mers du monde ; ou bien ils veulent entreprendre des voyages immenses, bâtir des villes, etc. D'autres veulent agir sur la sphère de l'intelligence, réaliser de grandes pensées scientifiques, résoudre de grandes questions d'humanité, de religion, etc., ou bien ils se donnent pour des apôtres, pour des bienfaiteurs de l'humanité, etc., le tout, suivant qu'ils avaient antérieurement des tendances réalistes ou idéales. Mais ce que l'on retrouve toujours dans ces idées et dans ces projets, c'est un caractère général d'une activité très grande (par opposition aux idées des mélancoliques qui se croient toujours dominés ou lésés par une autre puissance), et en second lieu l'exagération remarquable que l'imagination donne à ces mêmes idées.

Un autre phénomène très étroitement lié au précédent et qui, comme lui, est le résultat du sentiment exagéré que le malade a de lui-même et de ses forces, c'est l'apparition d'idées fausses qu'il se fait relativement à son *moi* et à sa situation à l'égard du monde extérieur. Un délire très fréquent dans ce cas, c'est celui dans lequel les malades se croient des personnages distingués, des êtres surhumains, se figurent avoir une position très élevée, une fortune inépuisable, etc. C'est parmi cette catégorie de malades que l'on voit dans les maisons d'aliénés tant d'individus qui disent être Napoléon, des généraux, des millionnaires, des réformateurs du monde, des dieux, des héros, des femmes qui prétendent que des rois les ont aimées, des malades qui se vantent d'avoir avec la divinité des rapports fréquents et intimes, etc. Mais ces individus ne sont des monomaniaques exaltés qu'autant que ces idées sont le résultat d'un sentiment exagéré de soi-même existant encore actuellement, et que les malades y ont recours pour s'expliquer la position dans laquelle se trouve leur esprit.

Tel est, en effet, originairement le caractère de ces idées fausses : un individu, par exemple, se croit Napoléon, au fond cela veut dire que cet homme se sent fort, il se sent capable d'accomplir de grandes choses, il sent en lui-même assez de puissance intellectuelle et physique pour faire actuellement des actes auxquels jadis il eût été bien loin de songer, et

qu'il n'est donné qu'à un petit nombre de génies supérieurs d'accomplir.

Souvent cette disposition de l'esprit elle-même s'affaiblit dans la suite, ou bien elle disparaît complétement et le délire seul persiste. Plus cette disposition de l'esprit, que l'individu cherchait à s'expliquer par ses idées délirantes, va s'affaiblissant, plus ce même délire devient un simple délire de mots qui pour le malade lui-même n'a plus une grande signification, plus l'affection mentale rêvet une autre forme, celle de la folie systématisée.

Mais tant que cette disposition exaltée de l'esprit persiste et provoque des tentatives d'explication de la part du malade, souvent on peut suivre la marche sans cesse croissante de cette exagération dans les conceptions délirantes, et cette étude est très instructive. C'est ainsi qu'un individu qui était simple soldat, croit d'abord simplement qu'il est officier; au bout de quelques jours il est général; bientôt il est le plus grand guerrier de son époque, et quand ces mots ne lui suffisent plus pour exprimer toute la puissance, toute la liberté et l'enivrement qu'il sent en lui-même, il se croit alors le maître de l'univers, le Messie, le Sauveur, Dieu, en un mot il va chercher les expressions les plus fortes et les plus élevées qu'il connaisse pour donner l'idée de sa grandeur et de sa puissance imaginaires.

Ce serait l'erreur la plus profonde de croire que le malade ait conscience que ce qu'il dit n'a pour but que de s'expliquer la disposition d'esprit dans laquelle il se trouve, qu'il recherche tranquillement en lui-même quel en est le motif. Il n'en est rien : les idées appelées par la disposition de son esprit, lui arrivent brusquement et, comme dans les rêves, sans qu'il y fasse rien; au début il peut encore les contenir et les empêcher de se traduire à l'extérieur, bien qu'intérieurement elles lui causent soit de la joie, soit au contraire de la frayeur, mais bientôt elles se fixent et le dominent tellement qu'il lui devient impossible de douter de leur réalité; pour elles il doit alors faire abnégation de tout son passé intellectuel, renoncer à son *moi* d'autrefois et passer outre à ce que ses sens lui révèlent.

Il n'est pas rare du tout, lorsque ces états ont atteint un certain degré de développement, de voir déjà se produire un peu d'affaiblissement de l'intelligence (c'est ordinairement une diminution de la mémoire et de l'attention que l'on observe tout d'abord). Toutefois le malade ne cesse pas pour cela de divaguer, et en particulier de parler constamment du grand bien-être qu'il éprouve; mais il semble souvent aussi qu'il ne déploie tout cet attirail de jactance et d'ostentation que pour se tromper lui-même (et pour tromper les autres) sur l'affaiblissement de son intelligence qui perce à tout instant et dont les signes sont déjà reconnaissables, pour couvrir d'une sorte d'arrogance morbide le vide qui

commence à se faire dans sa pensée, — il est vrai de dire que sans doute il n'a pas conscience de ce qui se passe ainsi en lui-même. — Puis, tandis que le désordre intellectuel consiste en un bavardage dans lequel le malade accumule les grands mots et les gros chiffres, à une époque où les facultés psychiques ont encore assez d'énergie, il arrive généralement que quelques-unes de ces conceptions délirantes se fixent d'une manière complète. Certains cercles d'idées solides, conséquentes entre elles, se placent alors au premier rang dans la conscience du malade, elles dominent toute la pensée, et ce sont elles qu'il exprime de préférence dans ses paroles et dans ses actes ; ce qui fait que cet individu peut paraître atteint simplement d'une lésion partielle de l'intelligence, alors que les éléments essentiels d'un jugement raisonné, c'est-à-dire le sensorium normal et toute appréciation juste de la personnalité en elle-même et par rapport au monde extérieur, sont profondément troublés et aliénés.

Le malade croit très fermement à la réalité de ses idées fixes, il ne se rend ni à la démonstration, ni à l'évidence ; au commencement seulement, voit-on quelquefois des intervalles de rémission pendant lesquels le malade reconnaît extérieurement l'erreur de son délire, quand on lui en donne certaines preuves ; mais, en lui-même, il ne peut pas s'avouer que tout cela est faux.

§ 142. — *Anomalie des sens, des mouvements et de la conduite.* — Il n'est pas rare de trouver chez les monomaniaques des hallucinations et des illusions qui correspondent à la disposition d'esprit dans laquelle se trouvent les malades. Dans cette forme mentale, elles ont des conséquences beaucoup plus fâcheuses que dans la manie. En effet, tandis que le maniaque les oublie promptement, le monomaniaque, au contraire, s'en empare et s'identifie avec elles pour donner plus de force à ses conceptions délirantes. Il voit un ange, par exemple, qui lui apporte un message du ciel ; il entend des voix qui lui ordonnent de commettre des actes déterminés, ou qui lui disent des absurdités et des choses complétement inintelligibles qu'il croit être des mystères divins ; il attache un prix considérable à des objets sans valeur, etc.

Les mouvements des monomaniaques ne présentent pas le caractère de surexcitation extérieure et de violence tumultueuse que l'on observe chez les maniaques simples. Au contraire, ils paraissent plutôt calmes et tranquilles, et le plus souvent l'agitation est en apparence motivée. Il n'est pas rare d'observer chez ces malades de l'hésitation et de l'incertitude dans les mouvements ; c'est là un symptôme grave, annonçant le début de la paralysie générale.

L'extérieur et la tenue des malades répondent aux lésions de l'intelligence et aux anomalies diverses que nous avons signalées chez eux. Les gestes des uns expriment l'orgueil et la force, d'autres semblent des

héros de théâtre s'exprimant par de grands mots ampoulés, d'autres enfin sont recherchés, affectés dans leur tenue et dans leurs paroles ; ils sont polis, gracieux, affables. Quelques-uns se parent d'une façon originale et bizarre; d'autres, surtout les femmes, s'habillent avec une élégance extraordinaire ; d'autres enfin se négligent totalement, leur pensée tout entière étant concentrée sur les plans extravagants qu'ils bâtissent. Les malades se plaisent à donner des ordres, et ils se montrent impatients de les voir promptement exécutés; ils sont exigeants, généreux et prodigues. Suivant la nature des conceptions délirantes qui les dominent, ils font des arrangements divers pour mettre ces idées à exécution; ils écrivent des mémoires, des proclamations, des réquisitoires ; ils font de grands achats, ils confèrent généreusement des ordres et des titres ; ils font bâtir, ils écrivent des brochures pour réformer la société, etc. Parmi ces malades, les uns sont tout à fait calmes extérieurement, leurs paroles et leurs actions sont empreintes d'une joie tranquille, et pour ainsi dire d'une sorte de débordement convulsif des sentiments ; le plus souvent, ils se croient unis intimement par des liens mystiques avec la Divinité, ils croient être le Messie, etc., et ils ont des hallucinations (mais ils les cachent) en harmonie avec ces idées, ils voient des anges, ils entendent des voix célestes, etc. Telle est la forme la plus atténuée, sentimentale, de la monomanie exaltée, que l'on observe principalement chez les onanistes. Mais dans cette forme même, le sentiment de joie profonde qu'expriment les malades peut souvent être interrompu par de violents accès de colère, quand on les contrarie ; ils menacent alors leurs interlocuteurs de la justice divine et les vouent aux supplices les plus affreux. Chez les femmes, on observe des états analogues de convulsions internes, des sentiments, d'extase et de ravissements qui ont pour objet des sensations sexuelles, des liaisons amoureuses idéales, souvent liées à de nombreuses hallucinations, mais que les malades cachent avec soin.

Suivant que certaines idées fixes sont prédominantes, ou que le malade offre certains penchants provoqués par des conceptions délirantes, on a distingué différentes formes de la monomanie exaltée auxquelles on a donné le nom de théomanie, d'érotomanie, etc.

Les autres symptômes de cette monomanie, bien que dans cette maladie l'affection cérébrale puisse s'accompagner de troubles nombreux et très variés de la santé générale, ne présentent rien de caractéristique et offrent la plus grande analogie avec ceux que l'on observe dans la manie. Au début, quand la maladie arrive d'une manière aiguë, il n'est pas rare de voir chez les monomaniaques, un état fébrile ; plus tard, on observe souvent chez eux de l'insomnie, de la constipation et parfois des congestions du sang à la tête.

§ 143. — La monomanie exaltée, comme la manie, se développe surtout

après avoir été précédée d'une période mélancolique. Souvent, au début, l'état d'exaltation reste, pendant un temps assez long, intermédiaire entre ces deux formes; lorsqu'un certain nombre d'idées se fixent dans l'esprit du malade, celui-ci tombe alors dans un état essentiellement nouveau, c'est la monomanie confirmée, affection que l'on doit considérer (pour les motifs que nous avons signalés plus haut) comme beaucoup plus grave que la manie. A mesure que la tenue et la conduite du malade deviennent plus calmes, à mesure que le cercle des idées délirantes se rétrécit et qu'un petit nombre d'idées fausses deviennent fixes et dominantes, plus, enfin, il existait déjà antérieurement, chez le malade, une certaine tournure de l'esprit qui favorise la pénétration de ces idées fixes dans sa pensée et par conséquent aussi l'aliénation du *moi*, plus les chances du retour à la santé diminuent.

La monomanie exaltée présente dans sa marche des rémissions plutôt apparentes que réelles : l'individu semble extérieurement se calmer, mais l'agitation intérieure n'a pas cessé pour cela, il a toujours l'esprit occupé de son délire. On n'observe d'intermissions complètes que dans la période initiale, alors que la maladie mentale oscille encore entre la monomanie et la manie.

Le malade peut guérir; souvent il semble alors qu'un voile qu'il avait devant les yeux se dissipe tout à coup, le malade semble sortir d'un rêve, et il ne peut pas comprendre comment les raisonnements simples qu'on lui tient relativement à son délire et qui sont actuellement très nets et très clairs pour lui, ne lui faisaient aucune impression pendant sa maladie. Son esprit est accessible au raisonnement, mais il faut souvent qu'on lui vienne en aide par des explications et des démonstrations palpables pour qu'il puisse écarter les conceptions délirantes qui viennent encore de temps en temps se présenter à son esprit, mais dont il reconnaît déjà la fausseté. Il n'en est plus de même d'un délire exalté devenu complétement fixe; lorsqu'il a duré plus de six mois, il est rare qu'on le voie se dissiper entièrement; cependant on voit quelquefois la monomanie exaltée disparaître après avoir duré même plusieurs années, mais cela n'arrive que progressivement, et généralement alors on voit des phénomènes pathologiques se développer d'un autre côté. Quand on voit apparaître des symptômes d'un affaiblissement intellectuel commençant, quand la mémoire baisse et que l'incohérence survient, on peut dès lors considérer la maladie comme incurable.

Quand le malade ne guérit pas, il ne reste pas pour cela dans cet état de grande exaltation qui est propre à cette forme de monomanie; la disposition affirmative de l'esprit, le sentiment d'élévation qui dominait le malade, se dissipent eux-mêmes; seules, les conceptions délirantes persistent, le calme extérieur se rétablit et la santé générale s'améliore. On

bien l'individu, sous l'influence des lésions anatomiques qui se sont produites dans le cerveau, ne tarde pas à tomber progressivement dans un état de démence qui va sans cesse croissant.

§ 144. — Un fait très intéressant, c'est la grande analogie que les états maniaques présentent quant au fond, aux symptômes et aux modes de terminaison, avec l'intoxication alcoolique. Cette analogie commence souvent déjà dans les prodromes. Il y a des buveurs que le vin rend tristes et sombres, ils se replient sur eux-mêmes et se renferment dans leurs pensées, — ce qui rappelle déjà un peu la période mélancolique qui précède la manie.

Mais l'action essentielle des liqueurs alcooliques est une surexcitation, une expansion de toutes les facultés intellectuelles, la volonté particulièrement est plus libre et plus facile. Les pensées se succèdent d'abord plus rapidement, l'imagination est plus active, plus chaude et plus colorée, les expressions sont plus vives et plus fortes, les idées semblent arriver et s'enchaîner toutes seules, la parole coule plus facilement et les contractions musculaires sont plus énergiques ; — en outre, l'esprit est d'ordinaire porté à la gaieté, il y a un sentiment intérieur de plaisir et de force. — Plus tard, l'individu qui a bu se laisse aller ; les idées se précipitent et se succèdent avec une extrême rapidité, et, sans les élaborer, sans les mûrir, il les traduit immédiatement par des paroles et par des actes ; les pensées qu'autrefois il cachait soigneusement, lui échappent maintenant malgré lui, ou bien il les exprime volontairement pour montrer aux autres la haute opinion que l'on doit avoir de lui ; il n'a peur de rien, il a en lui-même une grande confiance qui va même souvent jusqu'à l'impudence ; il fait le fanfaron, il devient généreux et prodigue, parce qu'il se croit plus riche qu'il n'est ; il veut parler en vers, s'exprime dans une langue étrangère, il chante, il crie, etc. Il est très irritable, et, comme le monomaniaque, rien ne lui est plus désagréable que quand on lui dit qu'il est malade (qu'il est ivre). Son humeur change facilement, qu'il y ait ou non pour cela un motif réel ; quelquefois l'ivrogne est pris tout à coup et involontairement d'idées tristes, et alors il se met à sangloter ; tantôt il devient tendre et sentimental, ou bien il sent le besoin de montrer la puissance de ses forces, et de se livrer à des actes insensés, dangereux, frappant à tort et à travers autour de lui. Souvent, dans cet état, une forte excitation morale fait encore assez d'impression sur son esprit pour qu'il revienne momentanément à lui ; quelquefois même l'ivresse peut être ainsi brusquement dissipée.

Plus tard, le désordre des idées augmente encore, l'ivrogne a des hallucinations et des illusions, il répète comme une machine ce qu'il vient de dire, la mémoire diminue, la pensée ne fonctionne plus, en un mot, il y a là un véritable état de démence. Alors, — analogie frappante avec le début

de la paralysie générale, — la parole devient hésitante, les mouvements de la langue sont irréguliers, les contractions musculaires perdent toute énergie, les jambes ne peuvent plus porter le corps et l'individu tombe dans une adynamie qui ressemble à l'état du système nerveux dans une fièvre typhoïde grave ou dans la paralysie générale avec démence.

Dans les états maniaques, les symptômes suivent, dans leur ensemble, la même marche, mais beaucoup plus lente; au début, les sensations et les sentiments, les pensées et la volonté sont dans un état d'exaltation qui, peu à peu, à mesure que la maladie cérébrale marche, dégénère en un état d'affaiblissement intellectuel, et le malade n'a plus d'empire sur ses paroles ni sur ses mouvements.

Nous rapporterons ici quelques observations de monomanie exaltée.

OBS. XXXVII. — *Congestion. Mélancolie. Monomanie se terminant par la démence.* — O..., officier, d'une bonne santé habituelle et d'une forte constitution, avait fait dans sa jeunesse une foule d'excès qui n'avaient été suivis d'aucune conséquence fâcheuse appréciable. Il était irritable, violent, léger et tellement inconstant dans ses discours que souvent, en racontant des histoires, il passait de l'une à l'autre sans en terminer aucune. Il vécut longtemps de cette façon, sans souci, puis il lui vint des idées noires, hypochondriaques, il eut de la constipation, des hémorrhoïdes internes, il était toujours sombre et rien ne pouvait le distraire. Dans une chute qu'il fit avec son cheval, il reçut une forte contusion à la tête et à la jambe, et dut garder pendant trois mois la position horizontale. Les congestions du sang à la tête, liées à l'affection hémorrhoïdale dont il était atteint, augmentèrent alors de telle façon qu'il eut de fréquentes attaques de vertige et se vit bientôt dans l'impossibilité de faire son service. Il avait le pouls plein et lent, le ventre tendu, la face vultueuse; il avait de violentes migraines et des douleurs vertébrales; il était sans force, la miction était douloureuse, les selles difficiles. En même temps, il était dans un état constant de tension morale, il joignait souvent les mains, comme s'il eût été en proie à un profond désespoir; il refusait pendant quelque temps de boire et de manger, et craignait toujours que, pour ses négligences de service et pour ses crimes (purement imaginaires), on le privât de son grade et qu'on le poursuivît devant les tribunaux, etc. Au bout de deux mois, son état s'améliora, puis enfin, après deux autres mois, il était complétement rétabli.

Mais quand son médecin le vit de nouveau au commencement de novembre, il le trouva inquiet, agité, occupant un nouvel appartement richement meublé, et commandant des achats considérables; il remarqua en même temps chez lui une volubilité extraordinaire de la parole et une grande agitation de tout le corps. Déjà, le lendemain matin, l'exaltation monomaniaque était arrivée à un degré très considérable. Il se préparait

à rendre une visite à la fille d'un officier supérieur qu'il connaissait à peine et dont il allait demander la main. Il avait déjà acheté une voiture et un cheval pour faire, avec sa bien-aimée, un long voyage dans toute l'Europe; il se disait noble et annonçait que son avancement allait être très rapide; son bonheur était au comble et il voulait le faire partager au monde entier. Entravé dans ses désirs, il tomba dans un accès de fureur.

Vers la fin de novembre, il entra à Siegburg. Il avait les pupilles un peu rétrécies, il gâtait, les vaisseaux hémorrhoïdaux étaient tuméfiés, il avait des douleurs dans les articulations, la tête était congestionnée, le pouls fréquent. Il était très irritable et se mettait facilement en colère; il se figurait qu'il avait une fortune considérable et une position très élevée, il se croyait doué d'une force surnaturelle, etc. A chaque instant, il distribue les sommes les plus considérables, cent vingt millions de louis d'or; plus tard, il dit qu'il est Dieu le père; mais si on lui demande qui a été son père, il répond que c'était un conseiller aux finances, et c'est en vain que l'on tente de lui faire observer que ce qu'il dit là est absurde et impossible. Une autre fois il dit qu'il a été dans le ciel et qu'il y a vu une Vénus admirablement belle; le lendemain il dit qu'il y avait plusieurs centaines de Vénus au milieu desquelles il se trouvait. Il voulait agrandir toutes les chambres de l'asile au moyen du gaz et leur donner des proportions considérables; il voulait faire grandir les hommes et en faire des géants; il voulait ressusciter les morts, et surtout il voulait transporter dans les airs, à l'aide de milliers de ballons, des armées de mille milliers de régiments. Puis il écrivait des mémoires et des lettres, se plaignant d'être l'objet de mauvais traitements et priant son général de venir prendre l'asile de Siegburg d'assaut, etc.

Dix mois après les vertiges reparurent, et peu à peu on vit les symptômes de la paralysie générale avec démence se développer; attaques d'apoplexie; mort. (Jakobi, *Beobachtungen*, etc., I, 1830, p. 372.)

OBS. XXXVIII. — *Monomanie exaltée se terminant par la démence.* — J. U..., quarante-trois ans, ancien officier, présentait déjà depuis très longtemps dans ses actes et dans ses mouvements une certaine précipitation : il était inquiet, agité, irritable. Dans l'hiver de 1824, alors qu'il s'occupait encore convenablement de la direction de ses affaires, il vivait retiré dans sa chambre qu'il avait ornée d'une façon un peu fantastique, et lisait un livre imprimé très fin à la lueur d'une grosse lampe et avec un verre fortement grossissant. Au printemps l'agitation des sentiments affectifs était déjà manifeste; en juillet apparurent des idées d'une fortune immense et d'une position très élevée. Bientôt il crut être le prince de Neufchâtel, en même temps il se croyait un grand peintre, et s'occu-

pait toute la journée à dessiner et à colorier des paysages, comme le font des enfants de cinq ou six ans, et les montrait à tout le monde comme des chefs-d'œuvre.

Bientôt on l'amena à Siegburg. Les pupilles étaient étroites; il portait à la racine du nez un enfoncement profond résultant d'une blessure grave qu'il s'était faite à l'âge de vingt-cinq ans en tombant de voiture; la parole était hésitante et précipitée; il avait plusieurs garderobes par jour; le pouls était mou, entre 95 et 100; tremblement des membres; le soir attaque épileptiforme, suivie d'une grande agitation, battements de cœur, oppression; les veines sous-cutanées étaient très gonflées; saignée.

Le lendemain matin il était calme, très gai, se promenait sans cesse de côté et d'autre; il avait complétement perdu la mémoire des événements antérieurs de sa vie. Plus tard, grande agitation; le malade se lave la tête avec son urine, disant pour s'excuser que c'est ainsi que font les Hottentots; souvent il demande qu'on attelle sa voiture ou qu'on lui selle un cheval, et il bat son gardien parce qu'il ne lui obéit pas. Parfois il crie et hurle quand on l'empêche de se livrer à ses actes insensés. Les traits du visage sont tirés, le regard est fixe, la tête est chaude et rouge, il dort un peu la nuit (bains, sel amer et émétique; saignée, isolement, nourriture modérée, teinture de digitale; plus tard sangsues et calomel). Parfois le malade se frotte la tête avec ses excréments; il ramasse des cailloux auxquels il attribue une valeur considérable, disant que ce sont des diamants; il dit qu'il va se rendre à Mexico avec un grand train de maison, parce qu'il est nommé ambassadeur, etc.

Toutefois il se calme peu à peu, le pouls se ralentit, la température du corps redevient normale; un abcès se forme à l'anus, on l'ouvre et il guérit; il demande pourquoi on l'a amené à Siegburg, il ne se rappelle aucune circonstance ni de son voyage, ni de son admission. Il dit que sa fille, qui a dix-huit ans, va épouser le fils du premier banquier du pays qu'elle habite, et quand on lui fait avouer que sa fille n'a que quatre ans et son prétendu fiancé cinq ans, il n'en semble pas très surpris. Il écrit chez lui que sa femme, son beau-frère et les parents de sa femme ont été emportés par le diable en enfer, que Dieu lui a offert une haute position à Londres, qu'il a expédié sa montre et son uniforme à Mexico, etc.

Plus tard il recommença à dire qu'il était le prince de Neufchâtel et qu'il allait recevoir l'ordre du Saint-Esprit; quand je m'efforçais de lui démontrer l'absurdité de ses paroles, il ne se troublait pas et continuait ses discours. Un jour il écrivit au commis d'un de ses amis, le suppliant de lui dire s'il n'était pas vrai qu'il fût le prince de Neufchâtel, et de lui envoyer le numéro du journal dans lequel se trouvait sa nomination. En

même temps il le chargeait de lui acheter une maison neuve de 75,000 florins, etc.

Après avoir présenté alternativement des périodes de calme et de raison, puis d'agitation et d'exaltation monomaniaque, le malade, grâce à un traitement composé de digitale, de sangsues, etc., resta pendant six mois sans présenter de signes appréciables de folie. Mais bientôt il tomba dans un état d'affaiblissement intellectuel et d'obtusion des sentiments, et huit jours après sa sortie on dut le ramener à l'asile, où la maladie reprit absolument le même caractère que la première fois. (Jakobi, *loc. cit.*, I, 1830, p. 295.)

Obs. XXXIX. — *Mélancolie. Actes de violence provoqués par des conceptions délirantes mélancoliques. Plus tard monomanie.* — M. A..., trente ans, d'un caractère très vif, très gai, a toujours fait sa volonté dès sa plus tendre jeunesse; il est très sensible aux manques d'égards qu'on se doit dans la société; il a l'ambition de passer pour un personnage très important. Il aime les exercices violents, tels que la chasse et les armes; il est contrarié quand il ne peut étaler un grand luxe.

Depuis sa naissance jusqu'à sa cinquième année il fut sujet aux convulsions; à six ans il eut une inflammation aiguë du cerveau qui guérit au bout de dix jours. A l'âge de douze ans il se manifesta une hernie inguinale; plus tard il eut des dartres et une esquinancie avec délire. Pendant son enfance il fut souvent exposé à des causes de frayeur, vivant alors au milieu des événements de la Vendée. Depuis cette époque, M. A... n'a cessé d'avoir des terreurs paniques. Des actes arbitraires, violents, exercés envers lui dans des temps de trouble, ont contribué à fortifier ses dispositions à la frayeur. Cependant sa constitution se fortifia à l'époque de la puberté.

A..., après s'être fatigué à lire, même pendant la nuit, est pris d'un amour d'étude et se persuade qu'on veut attenter à ses jours; déjà il sent les funestes effets du poison; il craint tous ceux qui l'approchent, excepté ses parents qui sont condamnés à subir le même sort que lui. Il croit voir et entendre des personnes armées de poignards, de pistolets à vent qu'on leur a distribués pour le tuer. Se promène-t-il dans les jardins, il rentre bientôt disant qu'une balle vient de siffler à ses oreilles. Quelquefois il lui prend un rire immodéré, et lorsqu'on lui en demande la cause, il répond qu'il entend des sons, dont il forme des paroles qui l'excitent à rire. Il veut persuader aux personnes qui l'environnent qu'elles doivent entendre les mêmes choses que lui. Il appréhende qu'on le prenne pour fou; il entend à chaque instant crier autour de lui : *Fou, fou.* Il demande fréquemment à ses parents s'il n'a pas les yeux fixes ou hagards. Souvent, après les repas, il déraisonne et se sent oppressé. Étant dans une auberge à D..., un perruquier, qui venait pour le raser, se baisse

pour ramasser quelque chose ; sans aucune altercation préalable, A... lui tire un coup de pistolet et lui fracture un bras ; tout porte à croire qu'il a pris ce malheureux pour un assassin. A la suite de cet accès de fureur, A... reste cinq jours sans boire, ni manger, ni se coucher. Après ce temps, le sommeil se rétablit ; A... est plus raisonnable, plus calme et mange, quoique conservant toujours ses craintes.

Confié à mes soins, j'observe que la physionomie du malade est extrêmement mobile et animée ; sa démarche fière et hautaine. Les premiers jours il refuse toute espèce d'aliments, il ne veut pas permettre qu'on lui fasse la barbe ; il ne dort point ; la constipation est opiniâtre, malgré les bains tièdes très prolongés.

A... prétend être le premier homme du monde par son génie ; on veut attenter à sa vie parce qu'on craint qu'il ne domine l'univers. Il est Apollon, César ; à ce double titre, il entend et exige que tout le monde lui obéisse. Il est honteux que la raison la plus supérieure se trouve confondue avec la folie. A... écrit à tous les hommes qui occupent les premières places, au roi lui-même. A chaque instant il attend des ordres qui le rendront à la liberté, il me menace de tout le poids de son autorité dès qu'il sera libre ; en attendant il demande un avocat et un huissier. Il est seul maître, nul n'a droit sur lui. Il répond avec dédain aux questions qu'on lui adresse, très souvent il ne daigne pas répondre. Il n'a point été possible de persuader à ce malade qu'il est le jouet de son imagination égarée et que son état exige les secours de la médecine ; on veut, dit-il, lui faire perdre la tête par des remèdes, mais sa tête est trop forte, on n'y réussira pas.

Les moyens de douceur et de persuasion sont impuissants. Veut-on lui faire prendre des bains ou lui appliquer un vésicatoire à une jambe, il faut lui en imposer par un grand appareil de force. Lorsque A... est distrait de ses craintes, il cause bien, est aimable, joue à divers jeux, et rien n'annonce de trouble dans sa raison ; les fonctions de la vie organique n'offrent aucun désordre. (Esquirol, *Maladies mentales*, t. II, p. 16.)

Obs. XL. — *Description faite par un monomaniaque, de son état.* — Un pauvre curé que l'observance trop rigoureuse de ses vœux avait rendu aliéné, raconte sa maladie de la manière suivante :

« Étant allé dans une maison où m'appelait quelque devoir de bienséance, à l'entrée de la salle où je fus introduit, ayant porté mes regards sur deux personnes du sexe, elles firent sur mes yeux et dans mon imagination une impression si vive qu'elles me parurent enluminées et telles que celles qu'on électrise : ignorant alors la cause d'un aussi singulier effet, je l'attribuai au prestige du démon et je me retirai.

» Sorti de la maison, éloigné des objets qui m'avaient si fort affecté,

je devins plus tranquille; mais, pendant la journée, ayant rencontré d'autres personnes du sexe, j'eus le même trouble et les mêmes illusions. Le lendemain, m'étant mis en route, il me sembla plusieurs fois que la voiture où j'étais allait verser, ce qui fit que je criai aux gens qui la conduisaient de la soutenir. Mais mes fausses alarmes leur prêtant à rire, je ne savais trop ce que cela signifiait. Il y avait cependant un désordre et un dérangement, mais mon erreur était d'attribuer ce dérangement aux objets extérieurs, pendant qu'il était dans mes organes et le trouble de mes sens, n'ayant jamais vu, lu, ni expérimenté pareille chose. Aux approches d'une petite ville qui était sur mon chemin, ayant vu des personnes du sexe, elles me causèrent les mêmes troubles et les mêmes illusions que celles que j'avais vues la veille. Arrivé à l'auberge, on me servit à dîner : le pain et le vin, ainsi que tous les objets que l'on me présenta, me semblèrent troubles et se renverser. Alors, persuadé que l'esprit de prestige et d'illusion me suivait partout, je sortis brusquement en apostrophant l'aubergiste que je soupçonnai y avoir pris part, et je rentrai précipitamment dans ma voiture.

» Là, faisant attention, autant que pouvaient me le permettre le trouble de mon imagination et l'agitation de mes esprits, à mes aventures de la veille, à celles du jour et à mes dispositions actuelles, je me confirmai dans mon opinion par le souvenir des fables de Ribadeneyra, qui offrent les pères du désert comme continuellement obsédés par les démons. Le passage de saint Paul, où il est dit que ce n'est pas seulement contre la chair et le sang que nous avons à combattre, mais encore contre les puissances spirituelles, n'eut garde de m'échapper; et, partant de là, je ne reconnus plus d'autre cause de mon trouble et de mes illusions que l'obsession du démon, et en conséquence je résolus de lui faire la guerre par le jeûne, la prière et les exorcismes.....

» L'activité qui me dominait s'étant changée en fureur guerrière, l'idée et le souvenir des guerriers dont l'histoire et le caractère m'avaient le plus vivement frappé dans mon enfance, vinrent s'offrir à moi. Alors mon imagination me transportant dans tous les combats et les assauts dont j'avais lu l'histoire, je voulus rendre ces différents caractères; je parcourus successivement ceux d'Alexandre, d'Achille, de Henri IV; et avec le premier, auquel je m'assimilai, au point que je croyais avoir sa figure, son nom, être sa personne, je combattis au Granique, je vainquis à Arbelles, j'assiégeai Tyr et montai à l'assaut sur ses remparts.

» Pendant que j'exprimais le caractère d'Alexandre, l'image des Tyriens que le vainqueur fit suspendre en croix le long du rivage de la mer, vint s'offrir à mon imagination. A ce spectacle, saisi d'indignation et d'horreur, j'abhorrai le caractère du héros macédonien, et je ne voulus plus être ce monstre; mais, fixant mon attention sur les tristes

victimes de sa cruauté, j'entrai dans les sentiments de la plus vive compassion et m'attendris sur le sort de ces malheureux, comme si je les eusse eus présents.

» Dans un second accès de fureur guerrière, il plut à mon imagination de me prêter le caractère d'Achille. Il me semblait ceindre ses armes; j'empruntai sa voix, son courage, j'adressai aux Troyens des défis et des insultes. Ensuite poussant, culbutant, renversant, ce me semblait, les bataillons, je me vis tout à coup aux portes du palais de Priam. Alors, par le trouble et l'erreur d'une imagination qui se formait des images dont les traits épars et mal assortis, passant rapidement du caractère d'Achille à celui de Pyrrhus, ou plutôt, confondant la personne du père avec celle du fils, vivement frappé par la peinture que fait Virgile de ce dernier, croyant être moi-même ce héros, je saisis et rassemblai les quatre colonnes de mon lit et les lançai impétueusement contre la porte de ma chambre que j'arrachai à ses gonds, et la portai à quatre pas de là. Transporté de joie, animé par la secousse et le fracas, je m'écriai : Troie est tombée! le palais de Priam n'est plus!

» Mes parents qui ne savaient rien de ce qui se passait en moi, prirent le parti de me lier le corps et de m'enchaîner les mains. Dieu! quels supplices je souffris! quel changement se fit tout à coup dans mon imagination!

» Déchu du haut degré de fortune où je m'étais élevé, abattu, consterné, je regardai mes chaînes, ma prison avec horreur et frémissement, je sentais le poids du plus affreux désespoir. M'étant alors assoupi, mon imagination fut assaillie par les images les plus terribles : il me sembla voir l'ancienne Rome se relever de dessous ses ruines, ouvrir ses tombeaux et offrir à mes yeux les squelettes de ses plus fameux guerriers, environnés d'armes dont la figure, la variété, la vétusté et la rouille formaient un spectacle affreux.

» Cette image frappa si vivement mon imagination, que je restai longtemps sans pouvoir fixer mes regards sur aucun objet ou pièce de fer sans une extrême horreur, qui passant jusque dans mes sens, affecta mon odorat d'une espèce de puanteur de fer et d'airain, d'une odeur empyreumatique qui m'importuna bien des jours. De là, mon imagination me prit, et me faisant traverser des monceaux de ruines qui semblaient crouler de toutes parts sous mes pieds et menacer ma tête, elle m'amena aux portes du temple du dieu de la guerre. Je crus voir ces portes s'ouvrir et les entendre rouler sur leurs gonds avec un bruit horrible. Je vis le dieu au milieu de son temple et par un jeu cruel de mon imagination, je me crus moi-même un monstre dégouttant de sang, de carnage, et chargé de chaînes. L'état où je me trouvais lié et garrotté favorisait cette illusion, ou peut-être l'avait fait naître. J'imputai ce traitement affreux

à l'inhumanité que je m'imaginais avoir exercée contre la personne d'Hector.

» Cependant un moment après, par un retour et une réflexion dont je semblais être si peu capable, sondant mes sentiments et les trouvant totalement opposés à ce trait d'inhumanité, je désavouai et détestai la cruauté d'Achille, et passant aussitôt aux sentiments de la pitié et de la compassion les plus vifs, je déplorai le sort du héros troyen. Je m'écriai ou crus m'écrier : Oh ! Hector, cher Hector, que ne puis-je ramasser tes membres épars, les baigner, les réchauffer de mes larmes et les rendre à la vie ! En disant ces mots, je versais en effet un torrent de larmes.

» Les sentiments de ces douces passions m'amenèrent à une paix et à une tranquillité qui engagèrent mes parents à me mettre en liberté. Je ne sentis jamais rien d'aussi délicieux que ces premiers moments ; il me semblait que toute la nature auparavant captive, avait rompu ses liens et jouissait avec moi des charmes et des avantages de la liberté.....

» J'empruntai le caractère d'un roi pacifique ; je crus faire fleurir dans mes prétendus états, et exercer moi-même tous les arts, toutes les sciences, la peinture, la sculpture, l'architecture, la géométrie, etc. Je dessinais, je faisais des plans, des compartiments qui m'amusaient beaucoup. J'avais le coup d'œil si juste, la main si assurée que, sans autre instrument que ce qui me tombait sous la main, je les traçais sur le sol ou sur les parois de ma chambre avec une justesse et une exactitude de proportion étonnantes.

» Mes parents et autres gens simples, surpris de me voir exprimer si heureusement quelques traits de talents qu'ils savaient que je n'avais jamais exercés, s'imaginèrent qu'il y avait là quelque chose de surnaturel.....

» L'humeur qui me dominait donnait à mes sens une vivacité, à mes esprits une pénétration et à mon âme une grandeur et une élévation qui faisaient de moi un homme extraordinaire. Je semblais lire dans le cœur des gens qui m'approchaient ; je développais leur caractère avec une sagacité étonnante, et n'étant retenu par aucune considération, je le rendais avec justesse et précision. Ce qui donna l'occasion à un prêtre qui me vit quelquefois dans ma maladie, de dire fort sérieusement à mes parents que j'étais possédé par l'esprit de Python, le même que celui que saint Paul chassa de l'esprit d'une fille et dont il est parlé dans les *Actes des Apôtres*. Quoi qu'il en fût de cet esprit qui était certainement le mien, mais dérangé, il me procura l'avantage de déconcerter bien des gens curieux et désœuvrés qui, par leur importunité et leur indiscrétion, empêchaient la marche de la nature et retardaient ma guérison.....

» On sera peut-être surpris que j'aie pu me souvenir de tant de choses et de circonstances ; mais mon imagination était si vive et si ac-

tive que tous les objets venaient s'y peindre ou plutôt s'y graver en caractères de feu et bien des choses qui, auparavant, n'avaient fait qu'effleurer cette faculté, lorsque j'étais en santé, me sont, depuis cette crise, devenues beaucoup plus présentes. » (Leuret, *Fragments psychol.*, p. 282 et suiv.)

OBS. XLI. — *Accès de manie avec prédominance du penchant sexuel.* — Un certain D... fut arrêté plusieurs fois à Paris et placé à huit reprises différentes dans une maison de fous, et toujours pour le même motif. Il écrivait aux dames de la plus haute société des lettres obscènes, se plaçait sur leur chemin ou se présentait chez elles. Il adressait à madame Bonaparte, à mademoiselle Beauharnais et à une foule d'autres duchesses, princesses et dames de la cour des lettres et des écrits d'une obscénité révoltante, auxquels il donnait le titre de poëmes héroïques.

Ses discours étaient d'ailleurs empreints d'un tel calme et avaient une telle apparence de raison que l'on hésita plusieurs fois à le déclarer fou. Toutefois la réalité de la folie fut constatée dans un rapport fait par Marc, Esquirol et Ferrus. Voici la réclamation qu'il écrivit un jour pour obtenir sa liberté :

« Il y a déjà cinq semaines que j'ai été arrêté arbitrairement, et je suis encore détenu à la prison de la Force, malgré le scandale de cette violation du droit des gens envers un homme d'honneur bien connu par sa loyauté et sa raison imperturbables, et pour sa conduite irréprochable sous tous les rapports.

« Je me promenais le mardi de cette époque, seul, dans les Champs-Élysées, entre deux et trois heures, lorsque par une fatalité singulière attachée à mon sort, madame ... est venue elle-même s'y promener à pied, ce qui, je crois, ne lui arrive presque jamais. Elle était seulement accompagnée d'un écuyer, d'un officier et d'une dame. A peine l'ai-je eu aperçue que je m'en suis tenu à une distance respectueuse, dans les contre-allées de la grande allée où elle se trouvait ; ainsi j'en étais toujours à plus de cinquante pas pendant sa promenade qui a duré environ un quart d'heure, quoique le public ne parût point l'importuner, en l'entourant pendant sa marche et en se groupant devant sa voiture, à l'instant où elle y est remontée, à l'extrémité des Champs-Élysées, du côté de la place Louis XV. Quant à moi, à ce dernier instant, j'en étais à plus de cent pas.

« Combien n'ai-je pas dû être surpris de voir le premier écuyer suspendre sa propre montée en voiture pour venir droit à moi avec l'officier, à moi qui me trouvais seul, isolé et très éloigné ! Je ne pouvais croire que ce fût pour me tendre un guet-apens sur la voie publique ; c'est cependant ce qu'il a fait ; il m'a accosté, et, tenant à la main un papier qui ressemblait à une lettre encore cachetée, il m'a accusé de l'avoir

remise, à l'instant et dans le groupe de monde formé devant la voiture, pour madame ..., en ajoutant que cette lettre était injurieuse et signée de ma main. Je lui ai répondu que je ne savais ce qu'il voulait me dire, et que je prenais M. l'officier à témoin, que je n'avais pas été dans le groupe et que je ne lui avais remis aucun papier ou lettre, ce qu'il a avoué. Alors j'ai déclaré que je ne pouvais voir en lui qu'un calomniateur... Cependant il a sommé l'officier de m'arrêter; celui-ci s'y est d'abord refusé, et ce n'est qu'après un débat entre eux qu'il a cédé à ses sollicitations. Je n'ai pas cru devoir résister à une arrestation si arbitraire et si scandaleuse, en me faisant un devoir de me soumettre avec confiance à la loyauté du gouvernement, d'autant plus que la loyauté de mon caractère connu doit toujours me faire surmonter toute espèce de complot qui pourrait être formé contre moi... »

Cette assurance, ajoute Marc, paraît résulter soit d'un oubli réel des accès de délire qui font mettre au sieur D... la plume à la main en enflammant sa verve érotique, soit d'un système de dénégation qu'il regarde comme utile à ses intérêts. (Marc, *De la folie...*, t. I, p. 32 et seq.) (1)

(1) M. Griesinger donne dans cet article, au mot de *monomanie*, le sens que lui donnait Esquirol. C'est le délire partiel gai avec des idées prédominantes d'orgueil et d'ambition et un certain degré d'exaltation. J'ai cité plus haut le tableau général dans lequel Esquirol résume les traits principaux de la monomanie (page 73), et il est en tout conforme à la description de M. Griesinger.

Depuis la découverte de la paralysie générale, les opinions d'Esquirol ont dû subir d'importantes modifications. Le délire d'orgueil avec expansion et gaieté précède en effet le plus souvent l'explosion de la démence paralytique, et beaucoup d'auteurs, à l'exemple de Bayle, le considèrent comme la première période de cette affection. M. Griesinger, tout en convenant que la monomanie se termine, dans un grand nombre de cas, par la démence et la paralysie, ajoute que ce serait une grande erreur de croire qu'elle en constitue toujours le début. Cela est vrai, mais n'est-il pas évident, néanmoins, que ces rapports si étroits et tout à fait spéciaux entre la monomanie d'orgueil et la paralysie générale ne permettent plus de laisser la première de ces maladies dans le cadre des vésanies simples? Comment en effet réunir des délires partiels dont le pronostic est si différent? J'ai déjà insisté sur ce fait et j'y reviendrai avec détail en parlant de la paralysie générale.

La monomanie comprise comme l'a fait Esquirol et comme le fait ici M. Griesinger, est en outre une forme de maladie mentale très mal limitée. L'exaltation de ces prétendus monomaniaques, leur activité exagérée, leurs actes de violence à la moindre contradiction, les rapprochent singulièrement des maniaques. Aussi a-t-on vu plus haut M. Griesinger dire que la monomanie et la manie sont étroitement liées entre elles, « qu'elles se transforment souvent l'une dans l'autre, qu'elles se mêlent et se confondent dans des proportions variables. »

Tout cela n'est véritablement exact que pour les cas de paralysie générale au premier degré. Le délire partiel caractérisé par des idées d'orgueil et d'ambition

SECTION III.

ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL.

§ 145. — Dans cette section nous rangeons une série d'états morbides de l'âme, qui, bien que présentant de grandes différences dans leurs détails, forment cependant par leur ensemble un groupe naturel. Ils ont déjà ceci de commun, que, dans tous, sauf un petit nombre d'exceptions que nous étudierons plus tard, la folie est non pas primitive, mais bien consécutive aux formes mentales que nous avons décrites plus haut et qui n'ont pas guéri. Un autre point de contact, c'est que dans ces états la lésion fondamentale ne consiste plus, comme dans la mélancolie et la manie, dans certains sentiments dominants qui troublent secondairement l'intelligence; loin de là les troubles intellectuels constituent en eux-mêmes l'anomalie essentielle, ces émotions dominantes ayant disparu ou même n'ayant jamais existé (§ 29). Dans un certain nombre de ces états,

passe en effet souvent alors à la manie ; mais rien de semblable ne s'observe pour les autres délires partiels.

Il existe, il est vrai, quelques monomanies d'orgueil qui présentent des caractères différents. Les malades sont aussi calmes, aussi concentrés en eux-mêmes que les autres sont exaltés et expansifs. Ces cas, d'ailleurs, sont assez rares, et l'on professe généralement qu'ils ne conduisent pas à la paralysie générale. Cependant il faut, à mon avis, admettre des exceptions assez nombreuses et le délire d'orgueil, même dans ces conditions, m'a paru avoir avec les lésions du mouvement des connexions très réelles, bien que plus éloignées.

Les observations de monomanie que rapporte ici M. Griesinger prouvent, d'ailleurs, mieux que tout ce que je pourrais dire, combien il est nécessaire de bien s'entendre si l'on ne veut pas continuer à renfermer sous une même dénomination des faits de nature très différente.

Dans la première observation, il s'agit d'une monomanie terminée par la paralysie générale. Or, pour tous les médecins qui partagent les opinions de Bayle, ces malades ont été considérés dès le début comme atteints de paralysie générale. On peut dire la même chose du second malade, car, bien que nous n'ayons pas la fin de l'observation, il est certain qu'il s'agit encore d'un cas de démence paralytique.

Il peut rester des doutes sur le troisième fait emprunté à Esquirol, et qui non plus n'est pas terminé ; quant aux deux dernières observations, ce sont des cas de vésanies simples très différents par conséquent des cas de folie avec démence et paralysie. Ainsi se trouvent réunis sous une même dénomination des faits dont la nature n'est pas la même.

Je ne puis que renvoyer ici à l'essai de classification qui précède cet ouvrage et à l'histoire de la paralysie générale. (B.)

la lésion intellectuelle porte le caractère tranché de l'affaiblissement, qui se traduit dans la démence proprement dite par le défaut d'énergie de la pensée, par l'absence de la reproduction normale des idées (perte de la mémoire), ainsi que de leur association; cet affaiblissement peut d'ailleurs aller jusqu'à l'abolition totale des facultés, c'est-à-dire qu'en même temps que l'intelligence est détruite, la volonté est sans énergie ou tout à fait nulle, les sentiments sont obtus, la tonicité morale a disparu, l'esprit ne réagit plus ou ne le fait que d'une manière très superficielle. Dans d'autres cas l'affaiblissement intellectuel est masqué jusqu'à un certain point par la prédominance de certaines conceptions délirantes, qui absorbent entièrement les derniers restes de l'intelligence et sous lesquels il n'y a qu'un vide total. Il en résulte que la pensée n'enfante plus aucune idée capable de lutter contre ces conceptions délirantes et de les renverser; bien qu'il ne soit plus entretenu par un sentiment dominant, le délire chez ces malades est fixe et persistant, parce que la pensée, abolie sur tous les autres points, s'accroche exclusivement sur la petite sphère des conceptions délirantes qui subsiste et survit seule à cette destruction totale de l'intelligence. Aussi avons-nous cru devoir ranger la folie systématisée parmi les états d'affaiblissement intellectuel.

Dans tous ces états on ne retrouve plus la variabilité des formes précédentes, ni cette activité des phénomènes morbides dans laquelle on reconnaît si bien les lois générales des fonctions saines de l'âme, un travail intellectuel et une association des idées (particulièrement pour ce qui a trait au principe de causalité). Les fausses conceptions, lorsqu'elles ne constituent pas un reliquat d'une période mentale écouleé, sont plutôt en grande partie le résultat de l'incohérence et de l'affaiblissement de la pensée, ou bien, comme souvent dans la folie systématisée, elles sont produites par des hallucinations qui ne sont pas basées sur des sentiments et par une extension toujours croissante des idées délirantes antérieures à toutes les faces de l'intelligence.

Lorsque la mort ne vient pas promptement y mettre un terme, ces états morbides affectent tous (sauf un petit nombre d'exceptions) une marche très chronique, et en général ils ne sont guère susceptibles d'éprouver de modifications que d'une seule manière, c'est-à-dire que l'affaiblissement intellectuel augmente toujours. Cependant on les voit souvent demeurer stationnaires pendant de longues années, et l'on ne peut plus alors espérer jamais une guérison complète.

La place que je donnais déjà dans la première édition de cet ouvrage à la folie systématisée, parmi les états d'affaiblissement intellectuel, a trouvé quelques opposants (1). Mais dans le fait c'est la seule qui convient

(1) Je dois dire que les médecins français n'ont jamais rangé les folies systéma-

à cette forme mentale. En effet, dans la folie systématisée nous trouvons des conceptions délirantes réduites à un très petit nombre et pour ainsi dire stéréotypées, et à côté de cela une diminution considérable de l'énergie morale, une sorte de décrépitude, rien que des débris qui ont survécu au naufrage des facultés intellectuelles. Il existe, il est vrai, entre ce degré extrême et les périodes primitives, chez beaucoup de malades, une période intermédiaire ou transitoire plus ou moins longue, dans laquelle autour de ces groupes de conceptions délirantes qui ont survécu aux formes mentales primitives, il se fait un travail intellectuel encore assez actif, dans laquelle le délire, d'une part, se modifie sans aucune intervention de la volonté, et, de l'autre, subit l'influence de la réflexion et du raisonnement et se systématise. Quand ce travail est terminé, alors seulement commence la période tout à fait stationnaire dans laquelle la pensée ne fait plus que tourner autour du petit cercle d'idées qui sont devenues fixes et permanentes. Ces états de transition qui représentent encore un certain mouvement dans les phénomènes psychiques morbides, et dont on trouve de très nombreux exemples dans tous les asiles d'aliénés, sont la source d'un grand embarras pour les commençants qui

tisées à côté de la démence dans les états d'affaiblissement intellectuel. M. Griesinger ajoute plus loin avec beaucoup de raison que c'est à ces folies systématisées que conviendrait la dénomination de *monomanie*. Or, c'est précisément dans la classe des monomanies qu'elles sont placées par les aliénistes français. Il n'est pas douteux qu'après un temps variable, mais quelquefois très-long, les folies systématisées ne se terminent souvent par la démence ; il est encore vrai que longtemps avant cette terminaison beaucoup de malades offrent des signes d'affaiblissement intellectuel ; tout cela néanmoins ne me paraît pas suffire pour faire classer dès le début les folies systématisées à côté de la démence. Il y a des malades qui vivent de longues années avec des folies systématisées sans que leur intelligence soit affaiblie. J'ai connu à Charenton un malade qui offrait un type remarquable de folie systématisée et qui continuait à travailler dans les bureaux de l'établissement. Berbignier, l'auteur des *Farfadets*, est aussi un type remarquable de folie systématisée, et les trois volumes dans lesquels il a décrit son délire témoignent que son intelligence n'était pas affaiblie. M. Griesinger convient d'ailleurs qu'avant l'invasion de la démence « il existe chez beaucoup de malades une période intermédiaire ou transitoire plus ou moins longue dans laquelle, autour des groupes de conceptions délirantes qui ont survécu aux formes mentales primitives, il se fait un travail intellectuel encore assez actif ».

En résumé les folies systématisées peuvent exister longtemps sans que l'intelligence soit affaiblie ; elles constituent alors des monomanies pures.

Dans beaucoup de cas on découvre chez les malades des signes de démence qui se développent très-lentement. Ces monomanies avec démence commençante, très-nombreuses dans les asiles, constituent une forme mixte, mais la folie systématisée n'en doit pas moins, à notre avis, rester dans la classe des monomanies. (B.)

ne savent comment les classer. Ils doivent s'en tenir, sans hésiter, aux classes principales que nous avons établies, mais ils n'oublieront pas qu'il faut parfois une très longue observation pour savoir déterminer dans un cas donné quelle part revient à ce qui est encore une certaine activité, une progression dans les phénomènes morbides, et ce que l'on doit regarder comme un simple reliquat d'une forme morbide antérieure. — M. Neumann (*Lehrb. der Psychiatrie*, 1859, p. 70) donne à la folie systématisée le nom de « Guérison avec perte de substance de l'intelligence » (*Heilung mit Defect*). On voit facilement qu'il ne s'agit pas là d'une véritable guérison ; quant à la « perte de substance », c'est à peu près la même pensée qui m'a fait ranger la folie systématisée parmi les états d'affaiblissement intellectuel.

§ 146. — Ces états d'affaiblissement se divisent donc en deux grands groupes, la folie systématisée et la démence. Pour ce qui est de la première, nous renvoyons le lecteur à la description que nous en donnerons bientôt. Dans la seconde, la démence, nous en distinguons deux variétés, l'une dans laquelle il y a confusion des idées, mais la pensée jouit encore d'une certaine activité superficielle, il est vrai; le malade est en outre ordinairement assez agité; nous la désignons sous le nom de démence agitée (*Verwirrtheit*); l'autre est caractérisée par une extrême faiblesse de l'intelligence allant même jusqu'à l'abolition totale de cette faculté, et aussi par un état de calme et d'apathie dans lequel se trouve le malade; c'est la démence apathique. Dans cette division, nous n'avons en vue que la démence acquise, c'est-à-dire celle qui survient chez des sujets qui, auparavant, étaient sains d'esprit et, et nous consacrons une place spéciale (dans le chapitre IV) à la démence congénitale ou qui apparaît dès les premières années de la vie, c'est-à-dire aux divers degrés de l'idiotisme.

Cette démence acquise, envisagée comme forme spéciale de la folie, peut, il est vrai, être primitive, survenir sans avoir été précédée d'une autre forme de l'aliénation mentale ou d'une autre affection grave du cerveau; telle est, par exemple, la démence sénile, ou qui accompagne une décrépitude précoce, celle que l'on observe dans l'atrophie primitive du cerveau ou dans les cas de tumeurs intra-crâniennes, etc. Mais, pour ce qui est des cas qu'un certain nombre d'auteurs ont décrits comme des faits de démence primitive, aiguë et guérissable, la plupart certainement étaient des cas de mélancolie avec stupeur; or, en décrivant cette maladie, nous avons fait remarquer combien il est facile de confondre ces deux affections, et nous avons indiqué les signes qui les différencient. Toutefois, on ne saurait nier qu'il n'existe des états intermédiaires entre la mélancolie avec stupeur et la démence réelle, non plus que des cas bien tranchés de démence primitive, aiguë et curable; comme preuve,

nous rapporterons ici un fait intéressant dans lequel la démence était peut-être due à un œdème cérébral résultant d'une compression des veines du cou.

OBS. XLII. — *État de démence persistant pendant plusieurs semaines, à la suite d'une tentative de strangulation.* — Un prisonnier âgé de vingt-cinq ans, fort et robuste, se pend; on le dépend, et presque immédiatement il donne des signes de vie ; bientôt il reprend connaissance. Le récit qu'il fait de l'histoire de sa vie et des motifs qui l'ont poussé au suicide (le dégoût de la vie), est empreint d'un grand calme et paraît très raisonnable. Le jour suivant, le malade se tient tranquille et parle peu ; le troisième jour, il ne dit plus rien. Le regard est fixe, les yeux injectés, les muscles temporaux, masséters, et ceux des yeux sont le siége de contractions convulsives, la face est immobile comme celle d'une statue. Le malade semble ne percevoir aucune impression des sens, il n'y a qu'un bruit très fort qui amène de légères contractions des muscles du visage; il va et vient, il mange, mais sa physionomie n'exprime rien, ni désir, ni sensation. Trois semaines après, on place le malade dans une maison de santé où, au bout de quelques autres semaines, il sort de cet état d'engourdissement. Il se rappelle très bien les circonstances qui l'ont amené au suicide et qui ont précédé l'acte, jusqu'au moment où il a perdu connaissance, et il décrit le combat très vif qui a eu lieu dans son esprit entre la résolution et l'accomplissement du suicide, ainsi que les sensations qu'il a éprouvées dans les yeux et dans les oreilles, au moment où il s'est pendu. A partir de cet instant jusqu'à celui où il a repris connaissance, il ignore complétement ce qui s'est passé; il n'avait pas non plus conscience de la manière dont il revint à la vie et de l'intervalle de plusieurs heures pendant lequel il a eu la jouissance de ses facultés. La seconde fois qu'il est revenu à lui-même et qu'il a recouvré sa connaissance, cela s'est fait brusquement ; un jour qu'il se promenait dans la cour, l'idée des bâtiments qui l'entouraient se réveilla en lui et aussitôt le souvenir d'une foule d'autres objets analogues lui revint à l'esprit. La santé générale et les facultés intellectuelles se rétablirent promptement. (Meding, *in Siebenhaar*, *f. d. Staatarzneikunde*, I, 1842.)

Mais il est infiniment plus fréquent de voir la démence acquise survenir consécutivement, c'est-à-dire après avoir été précédée des symptômes d'une autre maladie grave du cerveau (épilepsie, méningite aiguë, affection typhoïde, etc.), et surtout d'une autre forme mentale. La démence constitue le mode de terminaison ultime de toutes les maladies mentales qui n'ont pas guéri, de la mélancolie, de la manie et de la folie systématisée, et, chose remarquable, la démence sénile elle-même est assez souvent précédée d'une période assez courte d'agitation maniaque caractérisée par une grande irritabilité morale, par un nouveau besoin

d'activité, par le retour du penchant sexuel (ces individus veulent se marier, etc.) ou par un penchant aux boissons spiritueuses ; cette période d'excitation fait bientôt place à un affaissement moral profond, ou bien elle alterne à plusieurs reprises avec l'affaiblissement intellectuel. Dans la convalescence même de la manie, lorsqu'elle a été intense, il n'est pas rare de voir se produire un état de profonde faiblesse psychique ; mais cet état diffère de la véritable démence autant qu'une fatigue considérable et prolongée diffère de la paralysie.

Un fait qui n'est pas rare du tout, bien que jusqu'ici on en ait peu tenu compte, c'est un état mental, caractérisé par une faiblesse modérée, qui succède parfois à la guérison apparente d'une autre forme mentale, par exemple de la manie, et qui persiste toujours ensuite. Chez les individus qui guérissent de cette façon, les sentiments recouvrent leur calme primitif, ils peuvent de nouveau penser et juger d'une façon convenable ; leur mémoire est intacte ou à peine lésée, leurs discours s'enchaînent et sont raisonnables. Mais ces individus ne sont plus les mêmes qu'autrefois ; il semble que leur esprit a perdu ses meilleures qualités et les plus précieuses, le sentiment de la délicatesse et de la beauté morales, les facultés les plus élevées de l'esprit, la beauté et la noblesse de la nature humaine. Chez eux, la pensée et l'effort ne se meuvent plus que dans un cercle restreint, dans la sphère des besoins immédiats, et, tandis qu'ils se dirigent d'une façon raisonnable dans ce petit cercle d'idées, présentant même, sous ce rapport, une certaine activité et parfois encore assez d'esprit, tout but spirituel, idéal de la vie, toute considération et toute aspiration de ce genre leur sont devenus étrangers. On pourrait les regarder comme étant sains d'esprit, si l'on ne savait ce qu'ils étaient antérieurement, et si l'on ne constatait, chez certains d'entre eux, dans leur physionomie et dans leur tenue un certain changement ; ils sont devenus lourds, leur esprit est faible. Ils peuvent bien se livrer à des occupations simples, mécaniques, dans lesquelles ils apportent assez de soin et d'intelligence ; ils ne désirent rien de plus que ce qui suffit à satisfaire les besoins matériels. Mais si on leur permet de sortir des asiles et de retourner à la vie commune, il y a pour eux menace constante de voir la folie reparaître plus grave que la première fois, ou de voir l'obtusion de l'intelligence suivre une marche sans cesse croissante ; tandis que dans les asiles ils vivent souvent encore de longues années, dans un état de santé relativement bon, s'occupant et jouissant d'un calme parfait.

Cet état que nous venons de décrire doit être regardé comme étant la forme la plus légère de la démence. A un degré un peu plus élevé déjà, la maladie cesse d'avoir l'aspect d'une simple convalescence, l'obtusion augmente et ne se borne plus à affecter uniquement les facultés morales

les plus délicates. Souvent la vie intellectuelle tout entière revêt le caractère qu'elle avait pendant l'enfance de l'individu, c'est-à-dire que le malade n'est plus susceptible de pensées abstraites, tandis que, dans quelques formes au contraire, l'intelligence possède encore une certaine activité et une certaine mobilité, mais superficielle et sans cohérence. Les pensées n'ont aucune profondeur, l'individu ne songe qu'à des frivolités, qu'à s'amuser, il manifeste sans réserve et sans réflexion, la disposition dans laquelle son esprit se trouve actuellement (il rit, sautille, pleure, etc.), en un mot, les sujets atteints de ces formes mentales ressemblent beaucoup à des enfants. De plus, un grand nombre de ces malades ont besoin d'être dirigés absolument comme de petits enfants; on peut, tantôt par la douceur, tantôt par la force, les amener à faire quelques travaux mécaniques faciles, et l'on peut ainsi, en les guidant d'une façon méthodique, limiter jusqu'à un certain point la confusion de leur esprit et l'incohérence de leurs idées, et retarder plus ou moins le moment où ils arrivent à la démence profonde.

Ces malades, atteints de folie systématisée et de démence, forment la grande majorité des aliénés, et en particulier ils peuplent à eux seuls presque exclusivement les établissements destinés aux cas chroniques. Si nous sommes dans une ignorance encore assez profonde au sujet de l'état psychologique de ces individus, ce n'est pas que l'on manque d'occasions pour les observer! Mais les différences individuelles sont encore plus grandes ici que dans les formes que nous avons précédemment étudiées; elles sont tellement nombreuses qu'il est impossible de les énumérer et de les décrire toutes; nous nous bornerons donc à quelques types principaux.

CHAPITRE PREMIER.

FOLIE SYSTÉMATISÉE (*Die Verrücktheit*).

§ 147. — Sous ce nom nous comprenons ces états secondaires de folie, dans lesquels, bien que l'état morbide des sentiments qui caractérisait la forme mentale à son début ait considérablement diminué ou ait même complétement disparu, le malade ne guérit pas, et où la folie consiste dans un petit nombre de conceptions délirantes fixes qu'il affectionne d'une manière toute particulière et qu'il répète constamment. La folie systématisée est donc toujours une maladie secondaire, consécutive à la mélancolie ou à la manie. C'est à ces états que conviendrait bien à notre avis la dénomination de monomanie (voy. § 45), qu'Esquirol a intro-

duite dans la science, mais en lui attribuant un sens tout autre, si toutefois elle pouvait être appliquée à une forme spéciale de la folie. L'étude des phénomènes psychiques que présentent ces individus nous paraît avoir été fort négligée jusqu'à présent, et par conséquent la folie systématisée nous semble avoir été décrite d'une façon inexacte. Nous allons tâcher d'exposer les résultats que l'observation nous a fournis.

Anomalies du sensorium, des penchants et de la volonté. — Le passage de la mélancolie et de la manie avec conceptions délirantes à la folie systématisée se fait toujours d'une manière lente et graduelle. Souvent la disposition affirmative ou négative de l'esprit dans laquelle le malade se trouvait originairement se dissipe très lentement, présentant des oscillations parfois très prolongées; peu à peu elle fait place à un état chronique d'excitation maniaque ou mélancolique légère, qui persiste souvent très longtemps et ne disparaît à son tour que plus tard en laissant après lui certaines conceptions délirantes. A mesure que ce sentiment d'affirmation ou de négation va s'affaiblissant, le calme et la réflexion semblent se rétablir peu à peu; la pensée n'est plus confuse comme auparavant, il n'y a plus ni cette tension, ni ces ébranlements convulsifs, ni ce relâchement de la volonté que l'on observait jadis, les facultés intellectuelles semblent avoir retrouvé leur équilibre; c'est à-dire que l'esprit du malade s'est complétement calmé par suite de la disparition du sentiment morbide qui le dominait.

Mais ce n'est plus là l'équilibre moral tel qu'il existait à l'état de santé. Il s'est formé peu à peu un nouvel état moyen de tonicité psychique, un nouveau caractère et de nouveaux sentiments; le malade n'est pas actuellement ce qu'il était jadis, plus une ou plusieurs idées délirantes; il est changé totalement. Cette modification complète de l'individu, qui est surtout frappante dans les cas où il ne reste plus aucune trace de l'état de douleur mélancolique, ni de l'exaltation maniaque, consiste dans l'obtusion et la faiblesse de toute réaction morale, les sentiments n'existent plus, l'individu est indifférent à tout, la volonté est sans énergie. Aucun de ces malades ne prend plus part, comme il le faisait naguère, aux choses du monde extérieur, il n'est plus capable d'aimer ou de haïr comme auparavant; ses amis et ses parents peuvent mourir, l'objet qu'il chérissait le plus peut lui être ravi, l'événement le plus affreux peut fondre sur sa famille, c'est tout au plus s'il en éprouvera une émotion légère en bien ou en mal, ou bien il n'y fera que peu attention, comme à une chose indépendante de sa volonté, ou bien même il ne réagira pas du tout. Il n'y a qu'un seul point sur lequel il puisse encore être ému, qui puisse ébranler promptement ses sentiments et provoquer une réaction rapide de la volonté; que l'on touche à ses idées fixes, que l'on cherche à les combattre par le raisonnement, aussitôt il

s'irritera et se mettra en colère; que l'on flatte au contraire les idées qu'il affectionne, il s'en montrera heureux.

Dans quelques cas, où le médecin peut être appelé à donner son avis en justice, l'obtusion complète des sentiments, et le mode perverti de réaction qui en résulte, représentent un des éléments les plus saillants de cet état mental; c'est une sorte de folie morale fixe, tout à fait chronique, à laquelle on peut donner le nom de *folie affective fixe.* Chez les ivrognes qui deviennent fous on trouve des exemples très remarquables de cet état moral, que l'on observe d'ailleurs aussi dans quelques autres cas.

Chez les individus atteints de folie systématisée, cette obtusion des sentiments se traduit d'une manière tout à fait caractéristique par leur façon d'agir dans les maisons d'aliénés. Le plus souvent dès le moment même de leur admission dans l'asile, ils s'y trouvent à leur aise; ils ne font jamais de complots entre eux (ce qui leur serait facile, vu le grand nombre de malades de ce genre), un seul gardien les mène comme un troupeau, qu'on en punisse un, qu'on l'emmène, cela n'émeut en rien les autres.

§ 148. — Ces individus ne sont donc pas devenus complétement inaccessibles aux émotions, mais il n'y a qu'un seul groupe d'idées qui soient assez fortes pour leur donner naissance. La disposition dominante de l'humeur correspond bien en général aux conceptions délirantes, mais affaiblies déjà, et dans les cas où la folie systématisée est portée à un degré élevé, on voit souvent une indifférence et une insouciance complètes, le malade vous dit, sans que sa physionomie présente aucune trace d'émotion, qu'il est le maître du monde, que tout ce qui est dans l'univers lui appartient, qu'il est Dieu, etc. La réaction morale contre toutes les circonstances qui ne se rattachent pas immédiatement à son délire est généralement très faible parce que d'une part la pensée, alors qu'elle ne porte pas sur les idées délirantes, est sans énergie ou même plus ou moins profondément obtuse, et de l'autre parce que souvent des masses entières d'idées ont complétement disparu de son esprit ou que le malade ne les regarde plus comme lui appartenant. C'est cette même circonstance qui fait que, sous le rapport de l'intelligence, il ne peut pas s'apercevoir de la fausseté de ses conceptions délirantes. C'est qu'en effet, les choses ne se passent plus alors comme dans l'état de santé, quand une idée, nous dominant et nous poursuivant toujours, obscurcit momentanément toutes les autres pensées. Quand l'esprit est sain, il peut toujours réagir, les idées de contraste, le doute et l'hésitation peuvent se produire. Dans la folie systématisée, au contraire, bien que le malade ne soit plus sous le coup d'un état d'émotion ou de sentiment, qui dans la période initiale l'empêchait de reconnaître l'erreur de ses

idées délirantes, bien qu'il soit encore capable dans quelques cas de raisonner juste sur certains points, il croit fermement à la réalité de son délire, il ne peut plus avoir le moindre doute à ce sujet. Rien ne peut plus troubler ses idées fixes dans leur cours, parce que rien ne leur fait plus contre-poids, parce qu'il n'y a plus de lutte et de contradiction intérieures, et cela peut, ce nous semble, dépendre tout aussi bien d'un affaiblissement général de l'intelligence que de la disparition de certaines séries d'idées. L'impossibilité dans laquelle se trouve le malade de reconnaître la fausseté de ses conceptions délirantes, cet état d'indifférence et ce défaut de réaction morale paraissent donc reposer sur les mêmes motifs.

La face motrice de la vie de l'âme présente des phénomènes analogues. Tant qu'il existe encore un peu d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique, l'effort et la volonté présentent le caractère général de ces états; on voit alors chez les malades tantôt la manifestation constante d'une direction unique de la volonté (par exemple penchant incessant à détruire froidement et tranquillement des objets inanimés, à mettre les vêtements en lambeaux, à déchirer du papier, etc.), ou bien ils sont toujours agités et toujours occupés de choses se rattachant à leurs conceptions délirantes, tantôt enfin on voit apparaître des accès passagers de manie. Mais plus tard l'effort lui-même présente un degré plus ou moins considérable d'affaiblissement général ; cependant certains malades peuvent continuer à se livrer à des occupations mécaniques qui leur sont depuis longtemps habituelles, comme par exemple un professeur qui se croyait empereur romain et qui continuait à lire un cahier du cours d'histoire qu'il faisait dans un collége ; il y a aussi de ces individus qui peuvent faire quelques travaux manuels faciles; mais dans tout cela ils n'apportent jamais l'activité dont ils étaient susceptibles antérieurement, et le penchant quel qu'il soit, qui correspond aux conceptions délirantes (écrire des lettres, lancer des proclamations, etc.) manque de plus en plus d'énergie; quand la maladie est arrivée à un degré encore plus élevé, les individus ne s'occupent plus qu'à des frivolités, ils ramassent des cailloux, des chiffons, des morceaux de papier, etc.

Toutes sortes de penchants capricieux, semblables à ceux que l'on voit aussi dans les formes mentales que nous avons déjà étudiées, s'observent d'une manière toute spéciale dans la folie systématisée où ils représentent souvent les habitudes constantes des malades. L'un veut toujours faire quelque chose avec de l'eau, un autre est toujours occupé à retirer ses souliers, celui-ci a une prédilection particulière pour tel endroit ou tel coin, où il se tient toujours ; les uns ne veulent jamais dire un mot, les autres crient, chantent, déclament, ou bien ils veulent toujours barbouiller les murs ; ceux-ci aiment à jouer avec de la paille ou des chif-

fons, ceux-là veulent laisser leurs ongles croître toujours, d'autres enfin sont constamment occupés à faire des malices et des méchancetés, ou bien ils font des gestes bizarres, etc. Souvent ce penchant que manifeste le malade a pour lui un sens particulier, mystérieux, ou bien il est provoqué par certaines dispositions de l'esprit qui correspondent aux conceptions délirantes; d'autres fois, il est purement automatique, l'individu ne peut le justifier par aucune raison, il se met en colère quand on lui demande les motifs de ce qu'il fait, tout comme un individu bien portant peut se fâcher quand on lui demande pourquoi il se livre à ses habitudes capricieuses (de manger ses ongles, ou de faire avec ses mains des mouvements inutiles, etc.).

§ 149. — Parmi les anomalies de la pensée dans la folie systématisée, nous trouvons d'abord une modification dans la forme, un affaiblissement plus ou moins grand de la pensée, avec perte fréquente (oubli) d'une quantité variable d'idées qui antérieurement appartenaient à l'individu. Pour ces motifs déjà le malade n'a plus sa libre connaissance des choses, ne peut plus avoir les conceptions intellectuelles qu'il possédait dans l'état de santé. Quelques-uns d'entre eux peuvent encore tenir des conversations assez suivies, mais en général cela n'a lieu que pour les choses qui peuvent s'exprimer par des phrases courantes; mais dès qu'il doit y avoir une pensée sérieuse, abstraite, le malade ne peut pas la pénétrer. Les sujets atteints de folie systématisée n'ont jamais d'esprit ni de pénétration, à moins qu'on ne veuille donner ce nom à ces enchaînements d'idées baroques qui vous surprennent quelquefois par la soudaineté et l'imprévu de leur apparition. Le plus souvent le malade ne peut fixer même pour un instant une seule idée en dehors de celles qui se lient étroitement à son délire; il s'écarte toujours de son sujet et revient toujours au cercle d'idées qui pour lui subsiste seul à l'état de réalité; cela est encore plus manifeste dans les écrits que dans les paroles des malades. Dans les degrés élevés de cette forme mentale, l'intelligence est non-seulement affaiblie, mais il y a encore une confusion et une incohérence réelles, les idées et les pensées surgissent au hasard, sans aucun lien, sans aucun sens, à peine les idées fixes seules présentent-elles encore un peu d'enchaînement, et bientôt la folie systématisée, de partielle qu'elle était, devient générale.

Nous avons déjà vu plus haut comment les diverses conceptions délirantes se produisent dans la mélancolie ou dans la manie, et nous avons appris à connaître le sujet sur lequel elles roulent. Elles se rapportent toujours à la personnalité même de l'individu, à sa position eu égard au monde ou à la Divinité. Mais quant à leur fond, elles présentent des différences essentielles.

Tantôt ce sont des idées actives, exaltées, maniaques; l'individu occupe

une position très élevée et a une grande puissance : il est Dieu, les trois personnes de la Trinité ; il est réformateur de l'État, il est roi, ou bien un grand savant, un prophète, un envoyé de Dieu ; il a découvert le mouvement perpétuel, il est le maître de la nature ; ils ont pénétré tous les mystères et connaissent les éléments de toutes choses, etc.

Tantôt ces idées sont passives, les malades sont lésés, dominés, ils sont sous la puissance d'autres individus. Ils se croient persécutés, on complote contre eux, des ennemis mystérieux les tourmentent par le moyen de l'électricité, des francs-maçons leur font du tort, ils sont possédés du diable, ils sont condamnés aux supplices éternels, on leur ravit leurs biens les plus chers, etc. Ou bien leurs idées délirantes se rapportent à leur propre corps, ils sont complétement inanimés, ils sont morts, ils ont des jambes de verre, de beurre, ils ont une foule de choses dans leur corps, etc.

Le caractère différent de ces idées fixes nous permet de distinguer une forme de folie systématisée avec un délire actif, exalté (voy. § 131) et une autre avec délire passif, déprimé.

Plus le cercle de ces conceptions délirantes est limité, plus elles peuvent être prises, du moins par un observateur superficiel, pour de simples erreurs, souvent même légères, du jugement. Seulement quelle profonde différence il existe entre de telles erreurs et celles que l'on observe chez des sujets en bonne santé, mais à qui les connaissances nécessaires font défaut !

Mais, en général, ce qui constitue le délire partiel dans la folie systématisée, ce n'est pas que le malade ait des idées fausses limitées à un seul sujet, c'est bien plutôt qu'il exprime toujours de préférence une seule et même idée fausse principale, parce qu'elle le poursuit sans cesse. Le délire est réellement beaucoup plus étendu qu'il ne le semble en apparence ; après s'être produit tout d'abord dans la sphère des sentiments affectifs, il pénètre bientôt la sphère la plus proche de la subjectivité (l'individu n'est plus à même d'apprécier sainement sa propre personnalité et sa position relativement au monde extérieur), et agissant ensuite sur la perception théorique du malade, il arrive peu à peu à fausser totalement la pensée. Involontairement le malade rapporte tout à son délire, et c'est de ce point de vue qu'il juge toute chose ; aussi est-il impossible que même dans les cas les plus simples (le délire hypochondriaque, par exemple), on n'observe pas une aberration des idées et des sentiments qui n'existait pas antérieurement chez cet individu. Les conceptions délirantes relatives à la personnalité même viennent-elles à atteindre un degré très élevé, dès lors le malade n'envisage plus les choses du monde extérieur que d'une façon tout à fait pervertie ; il combine tout avec un point de départ faux, avec des prémisses fausses,

et dans les cas de folie systématisée où l'on trouve encore une certaine méthode et un certain ordre logique dans les idées quant à la forme, cela se borne très souvent à un système général d'absurdités, — que le malade cache parfois avec beaucoup de soin, — dans lequel il exprime quelquefois, par un galimatias mystérieux, les rapports de la société humaine, les rapports moraux et, en un mot, toute l'organisation intérieure et extérieure de l'univers. Parfois le langage ordinaire ne suffit plus au malade pour exprimer sa pensée, et alors il se fait, au moins pour rendre ses conceptions délirantes, un langage spécial, qu'il croit être la langue primitive, la langne des cieux ; plus les sensations transmises par les organes des sens sont perverties par les hallucinations, plus la pensée s'affaiblit, s'obscurcit et se fausse, plus aussi la maladie mentale se généralise et se rapproche de la démence totale.

Quant à leur mode de production, ces conceptions délirantes peuvent toujours être rapportées à une période mélancolique ou maniaque, et souvent à un événement particulier arrivé pendant cette même période. L'idée fixe consiste-t-elle en ceci, que l'individu se croit un personnage illustre ; la manière dont il accueille les raisonnements que l'on pourrait lui opposer est très remarquable. Le plus souvent les malades rendent encore compte de leur vie antérieure, quelquefois même ils disent qu'ils ont été fous (certainement c'est parce qu'ils l'ont entendu dire, et ils entendent par là la période mélancolique) ; souvent ils racontent les circonstances prochaines de ce changement qui s'est produit en eux (en particulier les hallucinations), mais ordinairement leur récit est très obscur ; s'ils viennent à s'apercevoir que dans la conversation l'on veut combattre leurs idées fixes, alors ils se tiennent tranquilles ou bien ils s'en vont fâchés ; si on leur adresse des arguments, ils s'emportent et l'on a pour longtemps perdu leur confiance. Quelques-uns de ces malades semblent croire que leur personnalité antérieure véritable n'existe plus ; ils parlent d'eux-mêmes comme d'une troisième personne ; les événements de leur vie n'ont laissé dans leur esprit que de vagues souvenirs, leur *moi* est plongé dans une obscurité complète.

D'après ce qui précède, on voit que chez ces malades les lésions intellectuelles sont très variées, ou plutôt que l'on comprend sous le nom de folie systématisée les reliquats d'une foule d'états de mélancolie et de manie qui varient beaucoup quant à leur nature intime.

§ 150. — Les hallucinations et les illusions de tous les organes des sens ne sont, dans aucune des formes de la folie, aussi fréquentes que dans la folie systématisée, et dans beaucoup de cas ce sont elles qui nourrissent et entretiennent priucipalement le délire. Souvent le malade cause avec des voix qu'il entend, ou bien il se querelle constamment avec elles et se livre alors à des accès de colère ; fréquemment aussi il trouve tout son

bonheur dans une illusion de la vue, comme cette mère qui croyait voir l'enfant chéri qu'elle avait perdu dans une cruche brisée et enveloppée de chiffons et qui, pendant plusieurs années, en prit les soins les plus tendres.

Les mouvements, l'extérieur et la tenue de ces malades indiquent toujours, même dans les cas les plus légers, une certaine anomalie. La physionomie semble vieillie, décomposée, portant l'expression de l'idée délirante qui domine le malade. Presque tous ces individus offrent quelque chose de bizarre dans leurs gestes; les uns gesticulent constamment ou font aller leurs mains et leur tête en mesure et d'une façon pédantesque; d'autres observent une immobilité pour ainsi dire exstatique, pour ne pas faire disparaître leurs hallucinations; d'autres enfin se promènent sans cesse dans un même endroit qu'ils affectionnent, vont et viennent comme des animaux dans une cage, parlant ou murmurant des mots, des vers ou des mélodies. Les uns se tiennent toujours dans les endroits les plus sombres qu'ils peuvent trouver, tournant le dos aux passants et s'irritant lorsqu'on les dérange. Les autres sont constamment occupés à ramasser des brimborions de toute espèce, des chiffons, des cailloux, des coquillages, etc., auxquels ils attribuent une valeur considérable. D'autres enfin se parent d'une façon fantastique de tout ce qui leur tombe sous la main.

Ordinairement après la cessation de la période mélancolique ou maniaque, l'embonpoint augmente et la santé générale s'améliore; il n'est pas d'asile où l'on ne trouve de ces malades qui restent pendant de longues années dans cet état intermédiaire entre la santé et la maladie et qui arrivent ainsi jusqu'à un âge très avancé.

La folie systématisée ne présente ni intermissions, ni rémissions, et il semble d'après l'état actuel de la science que, lorsque les choses en sont arrivées à ce point, la guérison complète ne soit plus possible. Mais, suivant M. Leuret, il paraît incontestable que par un traitement énergique et méthodique on peut, chez quelques-uns de ces malades, faire taire le délire et supprimer les habitudes bizarres qu'ils ont contractées, et même en amener un certain nombre à un état qui leur permet de se livrer à quelques occupations. Au contraire, abandonne-t-on ces malades à eux-mêmes, ils se laissent de plus en plus aller à leurs conceptions délirantes; celles-ci vont toujours envahissant davantage le domaine de la pensée, et le malade finit par tomber dans la démence agitée ou apathique.

Obs. XLIII. — *Folie systématisée et monomanie.* — En 1824, il y avait à l'hôpital de la Charité, à Berlin, depuis huit ans environ, un jeune homme qui était plutôt l'objet de soins et de surveillance qu'il n'était soumis à un traitement médical; il se promenait dans les corridors et

dans les chambres, paraissant prendre part à tout ce qui se passait autour de lui, mais ne s'occupant, à vrai dire, de rien; il riait et se moquait de tout avec un fier dédain; si l'on venait à lui adresser une demande, il répondait avec grande assurance et avec un air très satisfait de lui-même, parce que, — et c'était là la base de son égoïsme inébranlable, — il était tout, savait tout, possédait tout et pouvait tout. Aucune position n'était plus élevée que la sienne, aucun savoir n'égalait le sien, sa fortune était aussi grande que son savoir et proportionnée à la position qu'il se figurait avoir. Cette conviction qu'il avait de sa grandeur, de son esprit et de sa puissance s'exprimait dans tous ses gestes et éclatait dans tous ses mouvements. Un acteur consommé aurait de la peine à exprimer une magnificence aussi grande et un dédain aussi fier que ce jeune homme en montrait, simplement vêtu d'une blouse et appuyé sur une caisse en bois; c'est qu'en effet jamais homme n'a une aussi profonde conviction de ses mérites et de sa splendeur. — D'après les renseignements qui ont été donnés, ce malheureux jeune homme, à la suite d'un examen pour lequel il avait beaucoup travaillé et dans lequel il avait échoué, était devenu taciturne, triste, et était tombé enfin dans l'état où nous l'avons trouvé. En effet, c'est souvent de cette manière que l'on voit apparaître les idées fixes. La même chose s'observe chez ceux qui, par des spéculations malheureuses, sont tombés dans la misère la plus profonde, et qui, épuisés par les travaux intellectuels, ne peuvent plus les supporter, leur esprit se trouble, et tout à coup ils se présentent à leurs parents désolés, parlant de leurs richesses.

A côté de ce malade dont je viens d'esquisser rapidement le portrait, et qui m'était bien connu, j'en fis venir un autre qui était entré depuis peu de jours dans l'asile, et dont je vais dire le peu que je savais sur son compte. M. S..., âgé d'environ trente ans, dans une bonne position par son commerce qui lui rapportait beaucoup et par son patrimoine, d'un caractère agréable, mais facilement impressionnable, adonné depuis plusieurs années à une vie irrégulière, distrait par les plaisirs, souvent surexcité et affaibli par l'abus des liqueurs alcooliques, était devenu aliéné. Une longue série non interrompue de jouissances et de plaisirs de toute sorte semblaient donc avoir amené chez lui l'explosion d'une disposition ancienne à la folie. A toutes les questions qu'on lui adressait, il répondait : « Je suis colonel, adjudant-général; je suis un joueur distingué de billard, un cavalier extraordinairement habile; dernièrement, je suis monté à cheval dans le Cirque et j'ai distancé tous les autres par l'adresse, la force, l'art et l'élégance merveilleuse avec laquelle j'ai conduit les chevaux les plus fougueux. Je suis très riche, je vous invite chez moi, je veux me distraire et m'égayer un peu. L'homme que vous m'avez donné ici, et que vous appelez un gardien, me plaît; il m'a vu aussi monter à

cheval dans le Cirque, etc. » Je lui répondis : « Demain, je vous présenterai à un homme qui est ici, qui certainement prendra de l'intérêt pour vous, et dont la connaissance pourra sans doute vous être utile. » M. S... me dit alors très vite : « J'en suis très content, j'aime avoir beaucoup d'amis, et j'aime aussi à être bien avec tout le monde. »

M. H... était debout dans le corridor, appuyé à sa caisse de bois, l'air satisfait de lui-même, lorsque je lui amenai M. S..., en lui disant : « Voici un monsieur dont la connaissance sera peut-être de quelque intérêt pour vous. » M. H... s'avança fièrement vers M. S..., se plaça et, après l'avoir contemplé quelques instants en rejetant la tête en arrière, lui dit : « Qui êtes-vous? » — M. S... : — « Je suis colonel de Sa Majesté Impériale l'Empereur de Russie et adjudant-général. » — M. H... : — « Il ne m'est pas désagréable de faire votre connaissance; je m'intéresserai volontiers à vous suivant votre qualité, et vous pouvez être sûr de ma protection, car je suis feld-maréchal et, à mes heures de loisir, je m'occupe de l'organisation des forces navales et militaires de la Russie. » M. S..., accablé de l'arrogance inouïe de son interlocuteur, regardait avec un certain embarras autour de lui, tandis que M. H... le contemplait de toute sa hauteur et que, plein du sentiment de l'énorme prédominance qu'il avait sur cet homme, il lui disait : « Avez-vous encore quelque autre qualité que je pourrais utiliser? — Oui, monsieur le maréchal, répondit M. S... en s'approchant de M. H... avec une sorte de familiarité, je suis le premier parmi les écuyers, je suis un cavalier de première force, et admirable » Alors M. H... se rejeta en arrière, et semblant plus grand encore, il lui lança un regard aussi dédaigneux que possible : « Vil bateleur! dit-il; misérable pantin, digne d'être dans une maison de fous. » Et il s'éloigna gravement; il alla reprendre sa place ordinaire près de sa caisse de bois, écrasant de son regard le pauvre M. S... qui était fortement intimidé. — J'emmenai alors M. S... en lui disant à voix basse : « Comment avez-vous pu dire de pareilles bêtises à ce monsieur! » M. S... me répondit : « Je ne suis jamais monté à cheval comme je l'ai dit tout à l'heure, mais je pensais souvent combien il serait beau de pouvoir le faire. Je voudrais pouvoir dire à ce monsieur que je ne suis pas monté à cheval avec les écuyers du Cirque; je vous en prie, menez-moi tout de suite près de lui. » Je lui répondis : « Vous vous êtes pour toujours brouillé avec lui; comme vous le sentez fort bien, vous vous êtes mis là dans une mauvaise position en disant de pareilles choses; ne recommencez plus à l'avenir, car vous voyez le mépris que vous a attiré cette fanfaronnade mal avisée. » — M. S... — « Mais, je suis cependant colonel et adjudant-général. — Ceci est autre chose, lui répondis-je, et nous nous en occuperons plus tard; mais, pour le moment, vous avez à jamais perdu l'estime de cet homme. Prenez garde que la même chose ne vous

arrive avec d'autres personnes. » — Le gardien se promena avec M. S..., et il me raconta plus tard qu'il avait continué à parler avec lui de cette affaire; il me dit que dès ce moment M. S... cessa de se croire un écuyer habile, mais qu'il croyait encore être colonel. — Le malade, qui était dans cet état depuis quatre mois environ, guérit complétement dans l'espace de quelques mois qui suivirent cette rencontre dans laquelle M. H... avait si fortement ébranlé ses idées délirantes, qui dès lors furent arrêtées dans leur développement ultérieur. M. H... l'évitait toujours, ne lui adressait jamais la parole et le traitait avec un profond mépris. M. S... était toujours honteux à sa vue, comme s'il se souvenait du dédain que M. H... lui avait témoigné lors de leur première entrevue; ce n'est que lorsqu'il fut tout à fait rétabli qu'il parvint à se défaire de l'embarras qu'il éprouvait en présence de M. H... Quand il fut complétement guéri, et qu'il allait quitter l'asile, M. S... tendit la main à M. H... pour qui, depuis sa convalescence, il témoignait un attachement véritable; mais celui-ci le reçut avec le même mépris qu'auparavant, persuadé plus que jamais de sa puissance, de sa fortune et de l'énorme distance qui les séparait. M. H... resta dans l'asile, il était incurable; M. S..., au contraire, a dû sans doute sa guérison à la rencontre qu'il avait eue avec lui lors de son arrivée dans l'hôpital. (Sinogowitz, *Die Geistesstörungen*, Berlin. 1843, p. 22.)

Obs. XLIV. — *Démence partielle avec le caractère de la dépression. Hallucinations de l'ouïe.* — « Un jour, je fus abordé à la Salpêtrière par une femme que je n'y avais pas encore vue : elle avait l'air doux et craintif; elle me regardait comme en tremblant, et ne parlait pas. Sa mise était simple et décente; je jugeai qu'elle pouvait avoir une quarantaine d'années, et je sus plus tard qu'effectivement c'était là son âge. Je m'arrêtai près d'elle, elle continua à me regarder. Bientôt je vis sa figure prendre successivement l'expression de l'inquiétude et de la frayeur, puis elle restait calme, on aurait dit qu'elle écoutait, et bientôt les mouvements de ses traits indiquaient de nouveau l'agitation de son esprit. Je fis une centaine de pas sans mot dire, sans paraître fixer mon attention sur elle; elle me suivit et continua sa pantomime. Je m'arrêtai de nouveau et je la fixai attentivement en ayant soin de rendre ma figure immobile et sans y laisser apercevoir même de la curiosité. Elle ne discontinua pas sa conversation silencieuse, car je vis qu'elle conversait avec moi, et quoique mon impassibilité fût aussi grande que possible, elle entendait des objections, des reproches auxquels elle s'empressait à répondre. Nous étions ainsi depuis près d'une demi-heure à nous entre-regarder lorsqu'elle murmura quelques mots que je ne compris pas; je lui présentai mon cahier sur lequel elle écrivit ce qui suit :

« Clémence, amenée à la Salpêtrière, ignorante de tout ce qui s'est passé ici, car je n'ai point mérité une pareille pénitence pour avoir mérité

si peu de bonheur. Je jure que je n'ai jamais volé ni pillé personne, que je n'ai emprunté à personne tout ce qui est dans ma chambre : des bijoux, des gobelets d'argent, que je suis venue avec confiance, que je n'ai jamais mis à la loterie, et j'irai partout avec honneur, que j'ai vu le moulin tourner... »

Puis elle me rendit mon cahier et continua comme devant. Enfin, elle me dit : « Mais, monsieur, pourquoi ne me parlez-vous pas tout haut? — J'ignore... — Rien du tout, monsieur, quand on dit rien.... Jamais je n'ai été dans un mauvais lieu. — Je ne sais pas ce que vous voulez encore me dire... Si on m'a endormi de physique, je ne sais pas ce que c'est, j'ai passé des nuits doubles... Non, monsieur, ah! non, jamais je ne lui ai été infidèle... Si monsieur voulait me répondre?

— Quelle différence trouvez-vous dans mes réponses, suivant que je remue les lèvres ou que je ne les remue pas?

— Je trouve que vous vous exprimez franchement, et je préfère vous entendre parler... J'entends votre pensée et je ne sais pas pourquoi... Non, monsieur, je n'ai jamais trempé mes mains dans le sang, jamais je n'ai assassiné... Oui, monsieur, je l'aime encore.

— Comment se fait-il que vous entendiez mes pensées?

— Je crois que c'est par la physique que j'entends parler... Quand même il n'y a personne, j'entends parler.

— Ne vous dit-on jamais que des choses tristes?

— Jamais je n'entends de choses agréables... Vous verrez si ma conduite ne sera pas toujours la même.

— Depuis quand êtes-vous mariée?

— Je ne pourrais pas vous le dire au juste.

— Vous rappelez-vous quel jour, quel mois, si c'était en hiver ou en été?

— Non, monsieur; j'ai oublié cela par le travail que l'on a fait sur moi, par les bains et le jeûne. Je crois être enceinte. J'ai peut-être des serpents, mais mon mari n'est pas un serpent... Je me suis sentie enlevée, le roi de France est venu, j'ai fait une couronne, et j'ai dit : Si j'ai mérité une couronne d'épines, je veux bien la porter... Je ne sais comment je suis revenue sur terre, il me semblait que dessous moi tout s'enfonçait. (Leuret, *Fragments psychologiques*, etc., p. 153.)

Obs. XLV. — *Démence partielle. Disparition de la personnalité. Hallucinations de tous les sens.* — Une malade de la division de Pariset. âgée de cinquante-six ans, jouissant en apparence d'une bonne santé physique, a perdu, depuis 1827, la conscience de son individualité, et se croit une femme tout autre de ce qu'elle était autrefois. Cette croyance paraît être liée à un changement qui s'est opéré dans sa manière de sentir et surtout à des phénomènes d'hallucinations nombreux variés, et inces-

sants. Jamais elle ne parle d'elle qu'à la troisième personne, et en employant cette phrase : « la personne de moi-même. »

Pourvu qu'on ne l'approche pas de trop près, qu'on ne touche ni son lit, ni sa chaise, ni ses vêtements, ni rien de ce qui lui appartient, on parvient facilement à converser avec elle. Elle répond à tout avec douceur et politesse.

— Comment vous portez-vous, madame ?

— La personne de moi-même n'est pas une dame. Appelez-moi mademoiselle, s'il vous plaît.

— Je ne sais pas votre nom, veuillez me le dire.

— La personne de moi-même n'a pas de nom, elle souhaite que vous n'écriviez pas.

— Je voudrais pourtant bien savoir comment on vous appelle, ou plutôt comment on vous appelait autrefois ?

— Je comprends ce que vous voulez dire. C'était Catherine X... il ne faut plus parler de ce qui avait lieu. La personne de moi-même a perdu son nom, elle l'a donné en entrant à la Salpêtrière.

— Quel âge avez-vous ?

— La personne de moi-même n'a pas d'âge.

— Mais cette Catherine X dont vous venez de parler, quel âge a-t-elle ?

— Je ne sais pas. Elle est née en 1779, de Marie... et de Jacques... demeurant à... à été baptisée à Paris, etc.

— Si vous n'êtes pas la personne dont vous parlez, vous êtes peut-être deux personnes en une seule ?

— Non, la personne de moi-même ne connaît pas celle qui est née en 1779. C'est peut-être cette dame que vous voyez là-bas.

— Vos parents vivent-ils encore ?

— La personne de moi-même est seule et bien seule; elle n'a pas de parents, elle n'en a jamais eu.

— Les parents de la personne que vous nommiez tout à l'heure?

— On dit qu'ils vivent toujours; ils se sont dits mon père et ma mère, et je l'ai cru jusqu'en 1827 : j'ai toujours rempli mes devoirs envers eux jusqu'à cette époque.

— Vous êtes donc leur enfant? Votre manière de parler prouve que vous le croyez.

— La personne de moi-même n'est l'enfant de personne; l'origine de la personne de moi-même est inconnue : elle n'a aucun souvenir du passé. La dame dont vous parlez est peut-être celle pour laquelle on fait cette robe (elle montre la robe qu'elle porte). Elle a été mariée, elle a eu plusieurs enfants. (Elle raconte alors des détails très circonstanciés et très exacts sur sa vie, en s'arrêtant toujours à l'année 1827.)

— Qu'avez-vous fait et que vous est-il arrivé depuis que vous êtes la personne de vous-même?

— La personne de moi-même a demeuré dans la maison de santé de..... On a fait sur elle et on fait encore des expériences physiques et métaphysiques. Ce travail n'était pas connu d'elle avant 1827. Voilà une invisible qui descend; elle vient mêler sa voix à la mienne. La personne de moi-même n'en veut pas, elle la renvoie doucement.

— Comment sont les invisibles dont vous parlez?

— Ils sont petits, impalpables, peu formés.

— Comment habillés?

— En blouse.

— Quelle langue parlent-ils?

— Ils parlent français; s'ils parlaient une autre langue, la personne de moi-même ne les comprendrait pas.

— Est-il bien sûr que vous les voyez?

— Assurément, la personne de moi-même les voit, mais métaphysiquement, dans l'invisibilité; jamais matériellement, car alors ils ne seraient plus invisibles.

— Sentez-vous quelquefois des odeurs?

— Une composition femme, invisible, m'envoyait des mauvaises odeurs.

— Sentez-vous quelquefois les invisibles sur votre corps?

— La personne de moi-même en est très fâchée, ils lui ont fait toutes sortes d'indécences.

— Avez-vous bon appétit?

— La personne de moi-même mange; elle a du pain et de l'eau; le pain est tel qu'elle peut le souhaiter; elle ne veut rien de plus. Dans la maison de santé, il y avait une dame qui faisait manger la personne de moi-même comme un enfant; elle a été battue parce qu'elle ne voulait pas manger les aliments qui avaient été achetés dans la rue de.....

— Comment vous trouvez-vous à la Salpêtrière?

— La personne de moi-même s'y trouve très bien, elle est traitée avec beaucoup de bonté par M. Pariset. Elle ne demande jamais rien aux filles de service.

— Faites-vous quelquefois des prières?

— La personne de moi-même savait sa religion avant 1827; elle ne la sait plus maintenant.

— Que pensez-vous des dames qui sont avec vous dans cette salle?

— La personne de moi-même pense qu'elles ont perdu la raison, au moins pour la plupart. (Leuret, *Fragments psychol.*, etc., p. 121.)

OBS. XLVI. — *Démence partielle avec le caractère d'exaltation.* — Une femme, actuellement à la Salpêtrière, est, en même temps Dieu, Jésus-Christ et la sainte Vierge tout à la fois. Chamarrée de rubans, por-

tant sur la tête un plumet et des fleurs en papier, elle se promène avec bonheur dans les cours de l'hospice. Sa divinité s'humanise et cause tant qu'on veut. Elle m'a dit quels étaient ses parents et m'a raconté des faits dont elle a été témoin pendant ses premières années. Je rapporte ici une des conversations que j'ai eues avec elle.

— Depuis quand êtes-vous Dieu?

— Trois ans après mon mariage : un jour j'ai voulu me jeter par la fenêtre, mais je me suis sentie retenue.

— Par qui?

— Par Dieu.

— Vous êtes Dieu, vous vous êtes donc retenue vous-même?

— Oui, monsieur, et le lendemain je me suis confessée.

— Vous n'étiez donc pas encore Dieu?

— Non, monsieur, je ne me le sentais pas encore.

— Jésus-Christ était un homme et vous êtes une femme, vous n'êtes donc pas Jésus-Christ.

— Ah! monsieur, c'est un mystère, je n'en sais pas davantage, je suis la Vierge Marie.

— Il me semble que vous n'avez aucune raison de croire que vous soyez Dieu.

— Je punirai tous ceux qui m'ont insultée. Dieu d'en haut ne peut pas descendre pour me venger.

— Ne vous fâchez pas et causons : vous êtes Dieu, n'est-il pas vrai?

— Oui, monsieur.

— Êtes-vous ici volontairement?

— Non, j'allais en pèlerinage et l'on m'a arrêtée pour me mettre dans cet hospice.

— Pourquoi étant Dieu ne vous en allez-vous pas?

— Je ne puis pas : ce n'est pas à moi à aller contre les autorités. M. le procureur du roi ne veut pas que je m'en aille. Nous allons avoir une grande guerre, guerre civile ; j'ai écrit à Louis-Philippe qu'il serait encore deux ans roi. J'ai un frère qui a quatre fils qui sont apprentis rois. (Leuret, *Fragments psychol.*, etc., p. 323 (1).)

(1) Les observations de folie systématisée que M. Griesinger emprunte ici à Leuret pourraient être invoquées à l'appui de l'opinion qui tendrait à faire ranger ces folies dans les états d'affaiblissement intellectuel. Les signes de démence sont en effet manifestes. Il n'en est pas de même dans le premier cas cité par l'auteur. Bien que la maladie eût déjà une durée de huit années, rien ne décèle encore l'affaiblissement de l'intelligence. M. Morel, qui a introduit en France cette expression de folie systématisée désigne par là les diverses monomanies, et les a séparées de la démence. Les cas si nombreux de délires partiels entretenus par des hallucinations rentrent tous dans cette classe. Le travail de systématisation

CHAPITRE II.

DÉMENCE AGITÉE. (*Die Verwirrtheit*).

§ 151. — Parmi les états d'affaiblissement intellectuel sans prédominance marquée d'une idée délirante sur les autres, nous désignons sous le nom de démence agitée, — par opposition à la démence apathique, — ces états dans lesquels le malade présente encore dans ses discours et dans ses gestes une certaine activité extérieure et une certaine mobilité, qui indiquent que l'intelligence et la volonté possèdent encore un peu d'activité et de variété. Ici encore, comme dans la folie systématisée, nous trouvons des différences infinies dans le mode suivant lequel s'exprime l'affaiblissement intellectuel; un certain nombre de cas présente bien une analogie, au moins pour l'extérieur, avec la manie; mais, je le répète, cette analogie n'est jamais qu'apparente et superficielle.

Dans tous ces cas, la lésion fondamentale consiste dans un affaiblissement général de toutes les facultés intellectuelles. Les sentiments affectifs sont émoussés, les émotions profondes ne déterminent chez ces malades que des sentiments tout à fait superficiels, ou bien elles les laissent complétement indifférents. Ils sont incapables de haine et d'amour; ils ne ressentent que peu ou point les privations, de même que les événements heureux les laissent froids et calmes. Alors même qu'on les voit parfois devenir ardents et turbulents, mais seulement pour une minute, cette ardeur n'est pas le résultat d'un mouvement intense de la pensée, ni d'un acte énergique des sentiments ou de la volonté, l'indifférence reparaît bientôt, et c'est cette indifférence même qui montre bien le défaut de réaction de leur esprit contre les choses extérieures (les malades continuent à rire et à s'amuser même dans les circonstances les plus tristes, etc.). Quant à la disposition dominante de l'âme, elle varie beaucoup. Quel-

est surtout évident. En effet, pour ces malades, ils se trouvent en présence d'un phénomène nouveau et étrange dont ils doivent chercher l'explication. Ils arrivent alors à ces conceptions délirantes si singulières qui resteront inébranlables dans leur esprit, et autour desquelles se concentrera désormais tout le travail intellectuel. Sans doute, cette concentration longtemps continuée, par la fatigue qu'elle cause entraînera très-souvent la démence, mais cette terminaison, comme je l'ai dit plus haut, n'en est pas la conséquence nécessaire, et dans beaucoup de cas elle ne survient qu'après un temps très-long. Il nous semble d'ailleurs que la démence ne doit être admise que quand elle se traduit par des signes manifestes, et l'espèce d'impossibilité où se trouve le malade de s'occuper d'autre chose que de ses idées fixes ne suffit pas pour conclure à l'affaiblissement intellectuel.

(B.)

ques-uns de ces malades sont toujours gais, ils rient, ils dansent, ils chantent, leurs gestes et leurs discours expriment la joie, la suffisance et une grande assurance. D'autres, au contraire, sont dans une anxiété perpétuelle, ils pleurent beaucoup et offrent l'image de la tristesse. D'autres enfin ont une tendance continuelle à faire des actes de méchanceté, de mauvaises malices, etc. Mais ces diverses dispositions de l'humeur ne sont motivées ni extérieurement (comme dans l'état de santé) ni intérieurement (comme chez les mélancoliques et les maniaques), elles sont tout à fait superficielles, se modifient sans motif, et s'expriment d'une manière niaise et puérile. Avec ce défaut de prévoyance, et cette absence de tout désir réel qui caractérise ces malades, on voit quelquefois se manifester chez eux des mouvements désordonnés de l'esprit ou des impulsions extravagantes et sans but, dont ils ne s'expliquent pas eux-mêmes le sens, et la réaction de la volonté, lorsqu'elle existe encore, n'est que très passagère et fugace.

§ 152. — Tandis que tout démontre déjà du côté des sentiments affectifs l'affaiblissement, l'impuissance, l'obtusion, le même caractère s'observe aussi du côté de l'intelligence et de la pensée. Et d'abord on remarque la perte de la mémoire, la reproduction des idées a subi une grave atteinte, surtout en ce que les faits récents, les actes commis pendant la maladie, sont à l'instant même oubliés, tandis qu'il n'est pas rare de voir chez ces individus des idées se rattachant à des faits accomplis depuis longtemps se représenter facilement à leur esprit; cependant un certain nombre de ces malades ont totablement oublié même leur nom et tous les faits de leur vie antérieure. Comme pendant la maladie les opérations de l'esprit et de la pensée s'accomplissent sans aucune énergie, il s'ensuit qu'elles ne laissent pas chez l'individu une impression durable; en outre ces malades ont perdu la faculté de comparer plusieurs idées entre elles, d'en déduire un fait général, de juger, de conclure; les idées se suivent sans lien et sans ordre, ainsi que les images et les mots qui leur correspondent. Il y a là une activité inutile et stérile de l'intelligence, qui se dépense en idées disparates, isolées et vides, mais qui est incapable de les relier ensemble de manière à en tirer un jugement. D'où résulte d'une part l'impossibilité de l'abstraction, et d'autre part une incohérence dans les images et dans les idées qu'ils associent ensemble, soit qu'elles naissent par suite des impressions accidentelles des sens, soit qu'elles se relient entre elles par une analogie purement extérieure (la consonnance des mots, par exemple). D'où le défaut de logique, l'apparition brusque et déréglée d'idées décousues, l'individu répète comme un perroquet des mots et des phrases qui n'ont aucun sens, mais qu'il a l'habitude de dire parce qu'elles ont la même consonnance; leurs réponses sont incohérentes et dépourvues de sens. Souvent il semble encore que

les malades fassent un effort de mémoire, de jugement, d'attention, mais qui est impuissant et reste inefficace ; souvent aussi on remarque dans quelques endroits de leur conversation quels sont les intermédiaires qui manquent entre leurs idées disparates, et quelles sont les transitions qui devraient les relier ; quelquefois même il semble que le malade ressente avec une véritable douleur l'impossibilité dans laquelle il se trouve de se diriger au milieu du chaos qui règne dans son esprit.

Quant à des idées fixes proprement dites, à des conceptions délirantes véritables et enchaînées, il ne peut plus s'en produire de nouvelles dans la démence, celles qui existaient antérieurement vont toujours diminuant à mesure que l'intelligence s'affaiblit, et le malade ne peut pas plus y croire fermement qu'il n'est capable de faire quoi que ce soit d'une manière générale avec une certaine énergie. Toutefois la reproduction des idées qui se sont développées pendant la période d'excitation maniaque persiste souvent fort longtemps, et l'on retrouve souvent chez les déments les mêmes exagérations que chez les monomaniaques, ils parlent sans cesse de chiffres énormes, de leur position élevée, de leur fortune immense, mais chez ces malades cela se borne simplement à des mots, leur pensée n'y est pour rien.

§ 153. — Les organes des sens peuvent fonctionner d'une manière normale, les malades peuvent voir et entendre bien, etc., mais la transformation des impressions sensoriales en idées adéquates ne se fait plus d'une manière régulière ; ou bien, et cela est très fréquent, les sens sont le siége d'hallucinations qui sont, comme les idées, incohérentes, accidentelles, imprévues.

Dans un très grand nombre de cas les mouvements musculaires sont limités par le fait de la paralysie générale soit commençante, soit en voie de développement. Quand il n'y a pas de paralysie, les mouvements du corps sont souvent turbulents et incessants, mais lourds et peu variés, la démarche elle-même est lourde et gauche. Parfois les malades vont et viennent constamment comme s'ils cherchaient quelque chose, ou bien ils s'agitent, dansent, sautent, gesticulent avec leurs mains et font des mouvements bizarres et automatiques. Leur tenue et leurs gestes expriment la nullité complète ou les sentiments les plus superficiels, manifestant des idées capricieuses, bizarres, s'occupant à des niaiseries, à ramasser des chiffons, des ordures, restant toujours au lit, jouant sans cesse, s'habillant d'une façon risible, etc. Quelquefois ils manifestent un entêtement et une opposition absurdes, refusent de manger, etc. ; plus souvent on observe chez eux une certaine voracité ils avalent les choses les plus dégoûtantes sans paraître en avoir conscience. Un très grand nombre de ces malades enfermés depuis longtemps dans les asiles d'aliénés se livrent à l'onanisme, et souvent on saisit dans leurs discours des indi-

cations qui amènent le médecin à examiner leurs organes génitaux et à y découvrir des lésions cachées.

La physionomie est généralement lourde et obtuse, la figure semble vieillie, et les malades négligeant tout soin de propreté sont parfois repoussants. L'état de la santé physique peut être parfait, ou bien on peut trouver chez ces individus une foule d'affections aiguës ou chroniques; il n'est pas rare de voir chez eux une certaine tendance à l'embonpoint.

La démence complète ne présente jamais d'intermittences. Quelquefois il y a des rémissions, c'est-à-dire que tantôt l'individu est plus calme et paraît un peu plus raisonnable, tantôt, au contraire, il est plus agité, plus turbulent. La marche de cette forme de la démence est toujours progressante, l'affaiblissement intellectuel va toujours en augmentant; cette marche est très rapide quand la démence s'accompagne de paralysie, mais quand il n'y a pas de complication de ce genre, la maladie peut se prolonger pendant de très longues années. Jamais la démence agitée ne guérit.

OBS. XLVII. *Folie systématisée dégénérant en démence agitée.*—Julie n'a plus qu'une idée et c'est une idée folle, elle se croit le Père éternel; elle parle cependant d'autre chose, mais ses propos sont décousus et sans suite, elle n'a conservé presque aucune habitude régulière. Ce n'est pas encore une perte entière, mais c'est un affaiblissement considérable de toute faculté, comme on en pourra juger par le dialogue suivant :

— Comment vous appelez-vous, madame ?

— Je m'appelle moi, mon nom. C'est vous qui me devez un champ. Je suis en vérité le Père éternel. Mon esprit a été taillé pour en faire un tablier.

— Quel âge avez-vous ?

— J'ai quatorze ans. (Elle en a trente au moins.)

— Combien font 45 et 3 ?

— Ça fait 48. Eh bien ! moi aussi, on m'a enlevé mon or, mes bijoux.

— Qui vous les a enlevés?

— Demandez à votre pensée. Je ne fais point la cuirassière, moi : je suis le Père éternel.

— Depuis quand êtes-vous le Père éternel ?

— Toujours, toujours. J'ai toujours été le Père éternel.

— Mais le Père éternel a de la barbe, et vous n'en avez pas ?

— Pardon, en voilà. (En disant cela, elle montre ses cheveux.)

Cette malade est rarement attentive et son attention n'est jamais continue; elle n'a pas la mémoire des choses anciennes, très peu celle des choses récentes; elle n'est plus capable que d'actions très simples, comme de faire son lit, de s'habiller, d'aller chercher sa nourriture. Elle ne connaît pas le nom d'une seule des personnes qui l'entourent, et avec

lesquelles elle vit cependant depuis plusieurs années. Elle passe du rire aux gronderies en un instant. (Leuret, *Fragments psychologiques*, p. 34.)

CHAPITRE III.

DÉMENCE APATHIQUE.

§ 154. — Mais il existe encore des états de paralysie plus profonde et plus complète des facultés de l'intelligence, représentant les degrés les plus extrêmes de la dégradation de l'esprit, et qui surviennent tantôt comme modes de terminaison de la forme mentale que nous venons d'étudier, tantôt au contraire sans avoir passé par la période bruyante et agitée de le démence.

Le malade devient de plus en plus incapable de saisir plusieurs idées à la fois et de les comparer entre elles, et, tandis que dans les formes précédentes, il pouvait encore avoir un certain nombre d'idées, incohérentes il est vrai; peu à peu, son esprit arrive à ne plus avoir aucune image, aucune idée. Les impressions sensorielles ne sont plus élaborées, elles ne fournissent plus aucun élément à l'intelligence; la mémoire est presque entièrement perdue, de telle sorte que les malades oublient tout à l'instant même, et ne conservent même aucun souvenir des faits antérieurs qui concernent leur propre personne. Souvent même ils ont en grande partie oublié leur langue, de manière qu'ils ne retrouvent qu'accidentellement quelques expressions s'appliquant d'une manière à peu près convenable; mais le plus souvent ils répètent d'une façon tout à fait automatique les quelques mots qui leur sont restés, ou même, ne pouvant plus prononcer des mots entiers, tout leur langage se borne à quelques syllabes, à quelques sons. En même temps que l'imagination arrive à ce degré extrême d'obtusion, et que l'intelligence devient tout à fait nulle, la volonté elle-même s'affaiblit au même point. Le malade ne peut plus rien faire de son propre mouvement, il est complétement passif et n'agit plus que sous une impulsion étrangère, à peine peut-il encore se livrer de lui-même à quelques-unes de ses plus anciennes habitudes; souvent, il est incapable de satisfaire à ses besoins les plus simples, il faut qu'on l'habille, qu'on le fasse manger, à chaque moment il se perd, même dans sa chambre, et, comme il ne connaît plus le danger, il faut qu'on le surveille constamment pour éviter les accidents. Sa tenue est toujours la même, uniforme; tantôt, il semble plongé dans de profondes réflexions, il est là, timide, immobile et silencieux; tantôt il fait des mouvements automatiques, il agite son corps d'une manière régulière, se frotte

les mains, balbutie quelques paroles qui n'ont aucun sens. Les traits du visage sont immobiles, exprimant tantôt l'étonnement, tantôt l'attention, mais sans qu'il y ait à cela aucun motif; son regard est fixe, ou bien il sourit, mais sans expression, il n'y a plus chez lui aucune idée. Quelquefois cependant ces malades manifestent des signes légers de plaisir ou de peine, quelques traces d'émotion; ils montrent un penchant bizarre pour certaines personnes que rien ne motive, ou bien c'est un sentiment de honte, ou d'inquiétude, ou bien une malice enfantine, etc. ; dans leurs bons moments, ils montrent des réminiscences de leur vie antérieure, ils sont plus sensibles, prennent part davantage aux choses extérieures, ressentent un peu mieux les bons traitements ; ils semblent, en un mot, sortir un peu, pour un instant, de cet état de misère et de déchéance intellectuelle dans lequel ces malheureux ne tardent pas à retomber.

Dans la démence apathique, on observe très-souvent des lésions profondes dans les fonctions motrices et sensitives du cerveau, telles que la paralysie générale du mouvement et souvent aussi du sentiment, de sorte que ces malades peuvent subir des brûlures très profondes et très-étendues, sans en avoir seulement conscience. La nutrition peut rester très longtemps intacte, le malade conserve alors son embonpoint et mange avec grand appétit, etc.; souvent aussi le sommeil est bon et prolongé.

Le seul mode de terminaison possible de cette forme mentale est la mort. Quelquefois les malades succombent aux attaques apoplectiformes qui surviennent dans le cours de la paralysie générale, ou aux épanchements séreux du cerveau, à l'atrophie cérébrale, etc., ou à d'autres maladies aiguës ou chroniques, pneumonie, gangrène pulmonaire, tubercules, catarrhe intestinal. Quelques malades meurent aussi par manque de soins suffisants, à la suite de rétention d'urine, d'accumulation de matières fécales dans l'intestin, ou par suite d'accidents, de brûlures, ou bien ils s'étranglent en avalant de gros morceaux de nourriture, etc.

Telle est la façon dont se termine la démence sénile, ainsi que divers états analogues qui surviennent à un âge moins avancé, produits par l'atrophie cérébrale avec ou sans dégénérescence artérielle. Ces cas lamentables de démence primitive, commençant d'une manière lente, à marche progressive, allant souvent jusqu'à l'anéantissement complet de l'intelligence, survenant dans la force de l'âge, s'observent dans toutes les classes de la société, quelquefois chez les individus des classes élevées, ils se produisent chez des hommes distingués, à la suite de grands efforts intellectuels ou d'une grande surexcitation physique. Souvent le début de cette forme mentale est extrêmement difficile à distinguer de l'affaiblissement, de l'apathie de l'intelligence, qui peut être le résultat d'une simple anémie cérébrale; car on peut parfois aussi, dans ce dernier cas,

trouver un léger engourdissement des extrémités, et quelques signes de convulsions musculaires. Souvent ce n'est que par une observation prolongée que l'on arrive à poser le diagnostic, et à établir alors un traitement fortifiant et tonique, en supprimant toutes les causes d'irritation. — Les cas où un état primitif d'affaiblissement intellectuel précède de longtemps une attaque d'apoplexie ou le début d'une encéphalite, doivent généralement être rapportés à un état pathologique des artères cérébrales (1).

(1) La démence se présente sous deux formes différentes, selon qu'elle est consécutive à une vésanie ou symptomatique d'une affection organique du cerveau.

La première constitue la démence incohérente, et la seconde la démence simple.

Ces deux formes répondent assez exactement à celles que M. Griesinger a décrites sous les dénominations de démence *agitée* et de démence *apathique*.

La première forme peut se terminer par un état de stupidité qui, à cette dernière période, la rapproche beaucoup de la démence simple également très avancée mais elle peut aussi rester stationnaire pendant dix, vingt ans, et plus. La stupidité n'en est pas la terminaison nécessaire. J'ai encore dans mon service une femme que, pendant vingt ans, j'ai pu présenter à mes leçons comme un type curieux de démence incohérente. Sa maladie ne s'est point aggravée, l'état mental est toujours le même. Cette femme associe les mots de la façon la plus bizarre. Ce matin même, elle me disait que « les jeunes gens ne peuvent plus se marier, parce que les femmes sont usées par les cravates rouges » ; elle débite une foule de phrases semblables avec des gestes et une expression assez vive de physionomie ; les idées sont dissociées et les signes sont en désaccord avec les idées ; mais l'intelligence n'est point abolie, et l'exercice intellectuel est assez actif.

Quelquefois la démence incohérente survient presque dès le début de la maladie mentale, et j'en ai observé un curieux exemple chez un maître d'école qui s'était adonné à des travaux philosophiques beaucoup au-dessus de la portée de son intelligence. On trouve dans ses écrits, avec les caractères de la démence, les traces de la cause qui l'avait produite. Je me bornerai à citer le passage suivant :

« La vérité, pour être solide et immanquable, c'est-à-dire qui doit être pour le temps présent, pour le temps passé et pour le temps futur ou à venir.

» La vérité doit être entière, c'est-à-dire avoir ce qu'il faut qu'elle ait pour être bien comme il faut solide.

» Si la vérité était entière, la vérité existerait pour ne mourir *jamais*.

» Quand une personne ou une chose animée se reconnaît en vie et non pas morte, elle sait qu'elle n'est qu'une seule personne, elle sait qu'une même chose ne peut pas être deux choses ; que, pour qu'une chose soit, il faut, il est nécessaire qu'elle soit entière, totale, tout entière pour être possédée bien comme il faut, puisque si elle n'est pas entière, elle est mortelle et peut être une moitié ou un tiers ou un quart de ce qu'elle devrait être, et alors elle échappe à l'esprit de la chose animée qui voudrait la distinguer. »

Il arrive quelquefois qu'on peut, jusqu'à un certain point, saisir dans les écrits

CHAPITRE IV.

IDIOTISME ET CRÉTINISME.

§ 155. — Sous le nom d'*idiotisme* on désigne les états dans lesquels il y a une faiblesse intellectuelle, soit congénitale, soit survenue dès la tendre jeunesse, faiblesse qui entrave ou empêche complétement le développement des facultés de l'intelligence; les idiots sont, sous le rapport de l'intelligence, plus ou moins au-dessous de la moyenne ordinaire, ils ne peuvent jamais atteindre le degré d'éducation et d'instruction correspondant à leur âge et à leur position.

des déments incohérents l'explication de l'incohérence elle-même. Pendant que le malade commence à exprimer une idée qu'il veut développer, l'un des mots qu'il emploie lui suggère une idée accessoire qui lui fait oublier la première. L'incohérence n'est pas autre chose alors qu'une succession de digressions qui font complétement oublier le fait principal. C'est à un plus haut degré ce qu'on observe chez certains orateurs qui se perdent à chaque instant dans des idées étrangères au sujet qu'ils traitent.

Voici ce qu'écrivait un dément que la maladie a surpris au début de sa carrière littéraire :

« Vous me parlez d'un certain pays; je vous enverrais bien des *vers*, si je ne risquais pas d'être *enterré*, car il y a des gens qui vivent très bien *sous terre*, puisqu'il y en a qui en sortent. Cela m'embarrasse un peu. Parlez-vous des grillons? Je vous dirai que je connais beaucoup d'animaux que nous mangeons; les uns ont une cuirasse, les autres une douillette de plume, et cela fait les uns et les autres : nous comptons le temps par années et nous ne comptons pas les années par le temps : vous me rendez compte de plusieurs choses, et un objet quelconque ne m'embarrasserait pas trop, pourvu que ce fût en payement d'un autre objet. Puisque je suis venu, nous *irons*..... Je dis nous irons, quoique ce ne soit pas d'ordinaire un *verbe neutre*.

» Si j'étais serpent, il n'est pas certain que j'aurais une langue de vipère, mais l'*esprit* ne me manquerait certainement pas : je me tourmente beaucoup pour l'*esprit* de vin : je crois en avoir manié un peu : dans le temps, je faisais des *baromètres* comme on les fait. »

On voit ici l'idée de versification entraîner celle de *vers de terre*. Après avoir écrit « nous *irons* », le malade passe à l'idée *grammaticale*.

En parlant de l'*esprit*, il passe à l'*esprit de vin*, et de l'esprit de vin aux *baromètres*.

Quant à la démence simple, on l'observe à la suite des attaques de congestion, d'épilepsie, d'hémorrhagies cérébrales, et surtout comme symptôme de la paralysie générale, etc.

Elle consiste dans la diminution progressive de l'intelligence, et l'on voit comme conséquence l'inertie succéder peu à peu à l'activité. On sait que la perte de la

Autant on est bien fixé en général sur le sens du mot *idiotisme*, autant on est peu d'accord sur la signification qu'il convient de donner dans la science à l'expression primitivement populaire de *crétinisme*. Le plus souvent, on donne le nom de crétins à une espèce particulière d'idiots, dont la conformation physique est défectueuse, et c'est en effet dans ce sens que ce mot doit être employé. Ce vice de conformation n'est pas nécessairement toujours le même, il n'est pas spécifique; cependant il y en a une forme qui est de beaucoup la plus fréquente et la mieux connue, qui semble caractéristique, que l'on retrouve dans tous les pays et qui,

mémoire des faits récents est l'un des premiers symptômes de la démence simple; mais toutes les facultés sont bientôt compromises. Les facultés affectives s'éteignent cependant bien plus lentement que les facultés intellectuelles. Au début, beaucoup de malades ont conscience de leur état et s'aperçoivent de l'affaiblissement progressif de leur intelligence. On ne peut donc pas dire qu'ils soient aliénés. Plus tard, cette conscience disparaît, et ces malades se trouvent livrés sans défense aux personnes qui les entourent. Rien de plus facile alors que de les entraîner à des actes contraires à leurs intérêts ou aux intérêts de leur famille.

Voici d'ailleurs un tableau de la démence simple, tracé dans une lettre par un homme étranger à la médecine. Je ne sache pas qu'aucun auteur ait fait une description plus vraie de la démence que M. Griesinger appelle *apathique* et que je désigne ici sous la dénomination de démence *simple*.

Il s'agit d'un malade sur lequel son frère m'envoyait des renseignements :

« Le caractère de sa situation, écrivait-il, est que ses facultés s'éteignent. Il est incohérent, pauvre d'idées, sans initiative ; sa mémoire se perd ; il ne suit plus dans la conversation le mouvement des idées, parle peu et sans à-propos, et s'il n'y a pas divagation, il y a menace d'hébétement et d'extinction du mouvement intellectuel.

» Cependant il est encore en communion de pensées et d'action avec tout ce qui l'entoure, mais cette communion s'appauvrit assez rapidement pour qu'on puisse s'attendre à une extinction totale. ».

L'auteur de la lettre ajoute plus loin :

« La violence du malade n'est plus que de l'impatience ; sa nature entreprenante et vive autrefois, n'a plus ni initiative ni besoin de mouvement ; son esprit d'ordre ne se manifeste plus que par une routine aveugle ; son éloignement de toute dépendance est remplacée par une disposition atonique à la soumission. La moindre résistance l'exaspérait, et aujourd'hui quand il parle mal à propos, on peut lui imposer silence. Il nous aime encore très vivement, il est encore possible d'échanger quelques idées, mais le cercle se restreint, la lumière s'éteint et il ne semble pas avoir le moindre soupçon de ce dépérissement. Il s'absorbe dans une tranquillité improductive dont il est de jour en jour plus difficile de le tirer ».

Il s'agissait d'un homme encore jeune, et cette démence si bien décrite était symptomatique d'une paralysie générale commençante. La lésion des mouvements, tout à fait à son début, n'avait point encore été remarquée. (B.)

surtout dans les pays de montagnes, se présente sous forme d'affection endémique, dépendant de la localité même. Cette forme, pour laquelle on a employé tout d'abord le mot de crétinisme et dont le prototype est le crétin des Alpes, peut être désignée sous le nom de crétinisme dans le sens le plus restreint de ce mot. Nous reviendrons plus tard sur la description de cette forme. Elle est toujours endémique, mais quelquefois l'idiotie sporadique peut s'en rapprocher plus ou moins sous le rapport de la conformation vicieuse du corps (1).

Dans toutes les formes possibles de l'idiotie on peut, au point de vue du développement intellectuel, distinguer plusieurs degrés de la maladie. Il est inutile toutefois de trop multiplier les divisions et de faire un trop grand nombre de groupes qui ne présenteraient entre eux que de très légères différences; il nous suffira de distinguer les deux grandes catégories suivantes qu'il est très facile de reconnaître : 1° les cas graves, dans lesquels l'intelligence est nulle; 2° les cas légers, où il y a simplement faiblesse intellectuelle. — Chez les crétins, le degré de la lésion intellectuelle est généralement en rapport direct avec le vice de conformation physique, ordinairement ces deux lésions marchent ensemble; suivant leur degré,

(1) Il importe, je crois, si l'on veut éviter des discussions interminables, de restreindre le sens du mot crétinisme et de ne désigner sous cette dénomination que la dégénérescence spéciale dont le crétin des Alpes est en effet le prototype, comme le dit ici M. Griesinger. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que les causes de cette dégénérescence produisent dans les localités infectées d'autres effets que le crétinisme. Ainsi, par exemple, on y trouve des idiots qui n'ont pas le type crétin, beaucoup de sourds et muets, des sujets simplement arrêtés dans leur développement physique, d'autres chez lesquels l'arrêt de développement porte également sur le corps et sur l'intelligence, beaucoup de rachitiques, etc.; tous ces individus offrent des caractères très différents, mais leur état de dégénérescence est le résultat des mêmes influences.

Si, ne tenant compte que de cette communauté d'origine, on veut désigner tous ces sujets sous le nom de crétins, il n'y aura plus moyen de s'entendre, car la surdi-mutité ou l'idiotie endémique peuvent n'offrir aucun caractère spécial qui les distingue de la surdi-mutité ou de l'idiotie sporadique; au contraire, tout le monde reconnaît un crétin aux caractères suivants : taille petite et trapue, tête grosse et irrégulière, nez écrasé à sa racine ; les yeux très écartés, les pommettes saillantes, la bouche grande, les dents mal implantées, le cou court et gros, le tronc large et mal conformé, les membres trop longs avec de grosses articulations, les mains et les pieds larges et courts. Ces caractères, réunis à un degré plus ou moins prononcé d'imbécillité, constituent un mode de dégénérescence parfaitement déterminé.

Si au contraire on admet, comme l'a fait M. Ferrus, plusieurs types et si, par exemple, dans les vallées infectées on appelle crétins les idiots qui ont « la taille élancée, le cou long, les membres grêles, la face anguleuse, etc. », alors le mot crétinisme n'a plus de sens précis. Je reviendrai, d'ailleurs, plus loin sur ce point. (B.)

on distingue des crétins et des demi-crétins, et de ce dernier état, par une foule de nuances insensibles, on arrive jusqu'à l'état sain.

De ce que nous venons de dire, il résulte que tout crétin est un idiot, mais que tout idiot n'est pas crétin; l'idiotie est le fait le plus général, le crétinisme n'en est qu'un genre particulier. C'est ainsi que le plus grand nombre des médecins, sinon la généralité, envisagent aujourd'hui la question. Quelques-uns appellent encore crétinisme le degré le plus élevé de l'idiotie congénitale; c'est une erreur que de dire, comme l'a fait dernièrement M. Guggenbühl (*Journal de la Société impériale et royale des médecins de Vienne*, 1860) : « On doit considérer comme faible » d'esprit et comme étant sur le chemin du crétinisme (!) tout enfant » qui, soit dans sa famille, soit dans les écoles, n'est pas accessible aux » moyens ordinaires d'éducation et d'instruction. »

Dans les cas d'idiotie sporadique, la conformation du corps peut être parfaitement normale; on voit quelquefois des individus très beaux et très bien développés sous le rapport physique, présenter un degré très élevé d'idiotisme; toutefois il n'en est pas généralement ainsi : ordinairement, le développement physique chez ces enfants est au-dessous de celui que comporte leur âge; les formes, en particulier celles de la tête et du visage, sont incomplétement développées et laides. Cependant jamais, dans l'idiotisme sporadique, on ne trouve ces vices de conformation particuliers aussi exprimés que dans le crétinisme endémique (crét. alpin). Celui-ci, en raison même des difformités que l'on observe dans un nombre variable d'organes, est une maladie de la constitution entière. C'est là une différence fondamentale entre l'idiotisme sporadique et endémique, qu'il me paraît impossible de nier quant à présent, bien que M. Zillner l'ait tenté avec beaucoup de science et d'originalité.

A. *Idiotisme en général.*

§ 156. — Le caractère essentiel de l'idiotisme en général est la faiblesse de la pensée, de l'activité fondamentale de l'âme, faiblesse qui, dans un très grand nombre de cas, porte également sur la totalité des facultés intellectuelles, tandis que dans d'autres cas quelques-unes de ces facultés subsistent encore et sont susceptibles d'un certain degré de perfectionnement (aptitudes spéciales, talents de quelques idiots). — L'idiotie diffère totalement des défectuosités de l'intelligence résultant du manque d'un sens (la surdi-mutilé par exemple); chez l'idiot, la lésion essentielle, c'est la faiblesse intellectuelle. Cette faiblesse, qui retarde beaucoup ou qui empêche même complétement le développement psychique, survenant dans le jeune âge, diffère totalement de la démence apparaissant à un âge plus avancé, lors même que — ce qui est très fréquent, — cet état

d'affaiblissement succède à un état intellectuel primitivement normal, ou encore, — et cela est plus rare, — à une période de surexcitation mentale; elle en diffère principalement en ce qu'elle empêche le développement psychique dans l'enfance.

Il est hors de doute que, dans l'idiotisme, la faiblesse de la pensée et l'arrêt de développement de l'intelligence qui en résulte, ont pour cause une anomalie du cerveau. Ce fait est en général bien plus facile à constater et à démontrer directement que dans toutes les autres maladies mentales; chez beaucoup d'idiots, on trouve des altérations pathologiques très considérables dans le cerveau ou dans les membranes, beaucoup plus considérables en moyenne que chez les aliénés (dans le sens restreint du mot). On peut dire, en s'appuyant sur la grande majorité des faits, que l'arrêt de développement de l'intelligence est le résultat direct de l'arrêt de développement du cerveau dans l'enfance, et qu'il lui est proportionné. — Cependant on ne trouve pas toujours, même chez les idiots, des altérations manifestes et palpables dans le cerveau ou dans les membranes, et l'on est bien obligé de reconnaître qu'il y a des cas d'idiotie où la faiblesse de l'intelligence est le résultat, non pas de lésions organiques, mais bien d'une simple anomalie fonctionnelle du cerveau. C'est à cette dernière catégorie qu'il faut rattacher les cas nombreux où des attaques fréquentes d'épilepsie dans le jeune âge ou des habitudes précoces d'onanisme ont amené un épuisement prématuré des facultés intellectuelles, ceux où une maladie prolongée de la première enfance a compromis la nutrition de l'organisme tout entier, et en particulier celle du cerveau, et a, par suite, entravé le jeu des fonctions de cet organe. C'est à cette même catégorie qu'appartiennent les cas dans lesquels le développement intellectuel ne progresse pas, parce que, dès le bas âge, l'enfant est tellement susceptible, a un caractère si timide et si craintif, ou s'excite à un tel degré quand on veut le faire travailler, que son éducation devient complétement impossible. Ces différents cas, il est vrai, ne rentrent pas originellement dans le cadre de l'idiotisme, mais au point de vue pratique ils ont cela de commun avec cette dégénérescence qu'ils ont le même résultat, un arrêt de développement de l'intelligence. Du reste, tous ces divers états de simple trouble fonctionnel du cerveau qui, au début, constituent un état d'idiotie plutôt apparent que réel, ne forment qu'une minorité très petite relativement aux faits dans lesquels l'idiotie est le résultat de lésions anatomiques du cerveau.

D'un autre côté, il ne faut pas rapporter à l'idiotie les cas dans lesquels on trouve dès l'enfance une grande froideur ou une grande obtusion des sentiments affectifs se traduisant, tantôt par une perversité précoce des instincts, tantôt par de la méchanceté, de la cruauté, une sorte de férocité sauvage, et où il est évident qu'il y a là une certaine défectuosité du

caractère, que l'on désigne parfois sous le nom d'idiotie morale, de vices de cœur, etc. On peut observer ces mauvaises dispositions chez des enfants bien ou mal doués d'ailleurs, et elles ne sont pas nécessairement liées à un arrêt de développement intellectuel.

§ 157. — Les causes des différentes affections du cerveau qui donnent naissance à l'idiotie sont à peu près les mêmes que celles des autres maladies mentales; toutefois l'idiotie présente, sous le rapport de l'étiologie, quelques particularités, quelque chose de spécial.

Souvent c'est des parents mêmes que proviennent certaines causes graves qui influencent le germe de l'être qui est en voie de développement et qui, plus tard, sera un idiot. Dans les familles où l'épilepsie, la folie, la surdi-mutité, les maladies paralytiques, etc., sont fréquentes, l'idiotie elle-même est fréquente; le plus souvent, elle n'est qu'un phénomène partiel, que la manifestation individuelle de la dégénérescence de toute une race : ainsi l'on voit parmi les enfants d'un même lit des idiots dont tous les frères et sœurs sont petits, chétifs, difformes, stériles. Ces dégénérescences s'observent principalement dans les familles où les mariages se font entre proches parents, où le sang n'est jamais croisé; elles sont fréquentes aussi dans les familles d'ivrognes. Quelquefois les enfants d'un même lit portent tous des traces d'idiotie ou d'une autre forme de dégénérescence, qui vont en augmentant depuis le premier jusqu'au dernier enfant; ainsi l'on peut trouver chez le dernier ou chez les deux derniers une idiotie complète, tandis que les aînés ont un simple arrêt de développement, ou de l'hystérie, de l'épilepsie, ou bien sont nerveux, mausades, sourds-muets. Dans d'autres cas, un certain nombre des enfants d'un même lit sont parfaitement sains, et cela n'exclut pas l'existence de l'idiotie dans la famille; c'est que l'état de la santé des parents au moment de la conception a une grande influence sur la santé de l'enfant; c'est que tantôt les causes qui déterminent la dégénérescence sont contre-balancées ou même complétement neutralisées, tantôt, au contraire, elles agissent en toute liberté et avec toute leur énergie.

On a prétendu dans ces derniers temps que l'aliénation mentale, les habitudes d'ivrognerie, etc., des parents n'ont aucune influence sur l'embryon, mais qu'elles favorisent simplement le développement de la folie, parce que les parents aliénés ou adonnés à l'ivrognerie ne soignent pas leurs enfants, les dirigent mal, leur donnent de mauvais exemples, etc. Cette théorie est en désaccord complet avec ce que nous apprend l'observation des cas d'idiotie confirmée ou profonde, et j'en appelle surtout à l'observation dans les classes élevées de la société. Révoquer en doute l'influence héréditaire de l'idiotie, c'est s'écarter gravement de la vérité; elle est incontestable aussi bien pour l'idiotie que pour les autres maladies mentales. — Je me rappelle avoir vu un petit garçon idiot dont le

père était sujet à des migraines périodiques très violentes avec perte momentanée de connaissance ; son oncle avait souvent cette même indisposition. Dans un autre fait, le père était un ivrogne constamment exalté, l'oncle était idiot.

Il y a un autre ordre de causes qui peuvent agir pendant la vie intra-utérine, mais elles nous sont peu connues. Pendant cette période, le cerveau et ses membranes peuvent être le siége de vices de développement ou de maladies qui peuvent être le résultat de lésions extérieures, mais qui, le plus souvent, surviennent spontanément. Un degré profond d'anémie, l'ivrognerie, une grande frayeur ou un chagrin profond de la mère pendant la grossesse, paraissent avoir une grande influence sur le fœtus ; quelquefois enfin, mais cela est rare, la tête de l'enfant peut être gravement lésée dans l'accouchement.

Mais, dans l'immense majorité des cas, les maladies qui produisent l'idiotie (même celles qui sont héréditaires) ne surviennent qu'après la naissance, dans les trois ou quatre premières années de la vie, exceptionnellement après cinq, six ou sept ans : elles débutent tantôt d'une façon aiguë, tantôt d'une manière latente, chronique ; ce sont des congestions, des inflammations ou des troubles de nutrition d'une autre nature, rarement des épanchements sanguins dans le cerveau ou dans les membranes; très souvent, ce sont des maladies des os du crâne. Les défauts de soins ou des soins inintelligents donnés à un tout petit enfant, l'usage de bonnets trop chauds ou qui lui compriment la tête, l'administration de l'opium, les blessures, les commotions de la tête et autres lésions accidentelles analogues (1), diverses maladies de l'enfance, les exanthèmes aigus, l'épuisement de l'organisme provenant de diverses causes, quelquefois aussi la syphilis (2), telles sont les circonstances qui, chez les petits enfants, paraissent être la cause des maladies qui déterminent l'idiotie.

(1) Voyez Köstl, *Crétinisme endémique*, Vienne, 1855, p. 95 : « Dans le district de Bruck, il y a quarante-huit cas d'idiotie dont l'origine est attribuée à une chute sur la tête. » On trouve aussi, dans cet ouvrage, beaucoup de faits dans lesquels la maladie a pour cause l'inintelligence des parents ou des nourrices, ou bien encore des préjugés populaires.

(*Note de l'auteur.*)

(2) M. Erlenmeyer a tout récemment publié le fait d'un petit idiot qui avait des exostoses du crâne et qui fut guéri sous l'influence d'un traitement iodé. — Le fait rapporté par Guislain (*Leçons orales*, t. II, p. 93), d'un homme qui, pendant qu'il suivait un traitement antisyphilitique mercuriel, eut un enfant idiot, tandis que les enfants qu'il avait eus avant de contracter la syphilis, et trois autres qu'il eut encore après sa guérison, étaient parfaitement sains ; ce fait, dis-je, est très intéressant, bien qu'il n'ait pas de rapport direct avec la question de l'influence syphilitique.

(*Note de l'auteur.*)

L'apparition précoce de l'épilepsie, une irritation des organes génitaux dans le bas âge, l'absence totale d'éducation, le contact habituel d'enfants idiots, ont aussi une certaine part d'influence sur le développement de l'idiotie.

Il y a enfin une autre série de causes puissantes, tenant à certaines localités, que nous devons, quant à présent, considérer comme étant de nature miasmatique, mais dont nous connaîtrons peut-être plus tard l'essence intime. Ces causes donnent plutôt naissance au crétinisme endémique; nous les étudierons plus loin en détail. — Pour ce qui est de l'idiotie, les miasmes qui se forment dans une chambre ou dans une maison, l'humidité, l'air vicié ou insuffisamment renouvelé, la malpropreté, semblent agir d'une façon analogue. Le « *crétinisme des grandes villes* » que l'on observe chez les individus des classes inférieures qui vivent dans de petits logements froids, mal aérés et encombrés, tient certainement en partie à une influence miasmatique, associée d'ailleurs à d'autres circonstances nuisibles. Les causes miasmatiques agissent en déterminant plutôt des maladies du crâne que des affections du cerveau ou des membranes; elles agissent en partie déjà sur le fœtus, en partie aussi sur l'enfant après la naissance.

§ 158. — Nous avons dit que, dans la très grande majorité des cas, l'idiotie est déterminée par des lésions anatomiques du cerveau et des membranes; nous avons maintenant à rechercher et à préciser quelles sont ces lésions. Si ces lésions étaient une fois bien connues, il serait très intéressant de les comparer suivant leur nature et leur siége aux différentes formes de la dégradation intellectuelle. On pourrait espérer que cette étude comparative aurait pour résultat de nous faire connaître les relations des différentes parties du cerveau avec les facultés de l'âme, et qu'au point de vue pratique elle nous fournirait les éléments du diagnostic anatomique. Mais on reconnaît bientôt qu'à cet égard nous ne sommes encore arrivés qu'à des résultats très minimes, et que ce problème est encore presque tout entier à résoudre. Dans le plus grand nombre des cas, jusqu'à présent, l'analyse psychologique de l'idiotie a été faite d'une manière si défectueuse, on a mis si peu de soin à préciser l'état de l'intelligence, principalement chez les enfants qui sont morts très jeunes, l'état anatomique même du cerveau a été noté avec si peu de soin et d'exactitude, les lésions que l'on trouve sont d'ailleurs si variables, qu'au point de vue théorique nous ne savons rien de précis sur cette question, et, pour ce qui est du diagnostic anatomique, nous devons nons en tenir bien plus au simple examen direct de la tête, à l'étiologie et à certains troubles du mouvement, qu'à la forme spéciale de l'affaiblissement intellectuel.

En général, l'état anatomique du cerveau dans l'idiotie nous montre,

non pas des lésions récentes ou qui progressaient encore au moment où la mort est survenue, mais bien de véritables arrêts de développement, ou bien les traces et les conséquences de maladies antérieures. Ces lésions, comme nous l'avons déjà fait observer, peuvent survenir, soit pendant la vie intra-utérine, soit dans les premières années de la vie, jusqu'à cinq, six, sept ans et même quelquefois plus tard. Parmi ces lésions, il faut distinguer celles qui atteignent le cerveau primitivement et celles qui amènent d'abord une anomalie du crâne, laquelle détermine ensuite un arrêt de développement ou une conformation vicieuse du cerveau. Dans quelques cas, on peut être embarrassé pour décider si la lésion en présence de laquelle on se trouve est primitive ou consécutive, mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans l'étude que nous allons faire des principales anomalies que présentent les idiots, nous nous efforcerons toujours d'indiquer les signes qui peuvent nous permettre d'apprécier leur véritable nature.

§ 159. — Au premier rang parmi ces anomalies il faut placer la *petitesse du cerveau* (1) et ses diverses modifications. — La petitesse anormale du cerveau (qui porte presque toujours sur les hémisphères principalement), avec microcéphalie, doit être considérée comme un arrêt de développement dont la source est tantôt dans le cerveau même, tantôt dans le crâne. Ce dernier cas paraît être le plus fréquent; c'est surtout l'ossification prématurée de la boîte crânienne qui tient le cerveau à l'étroit et qui s'oppose à son expansion normale. L'occlusion très prématurée des fontanelles, qui quelquefois même est déjà complète à la naissance, l'ossification très précoce d'un grand nombre des sutures du crâne, empêche le développement rapide du cerveau dans les premiers temps de la vie, développement qui distingue le cerveau humain de celui de tous les animaux (dans aucune espèce animale, les fontanelles ne restent aussi longtemps ouvertes); ces deux circonstances exercent sur le cerveau une action d'autant plus fâcheuse qu'il y a un plus grand nombre de sutures ossifiées et que le crâne se prête moins en cédant sur d'autres points au développement du cerveau. — Dans l'autre catégorie de microcéphales, qui est moins nombreuse que la première, toutes les sutures du crâne persistent bien jusqu'à l'âge adulte sans s'ossifier (le crâne étant d'ailleurs bien proportionné ou au contraire asymétrique); c'est dans le cerveau même que réside la cause de son arrêt de développement, ou encore le crâne est resté petit comme le cerveau, la lésion ayant porté sur tous deux en même temps. — Dans les deux cas, le cerveau lui-même peut être simplement petit; il représente une miniature de cerveau, mais sans

(1) L'expression allemande « *Gehirnarmuth* », pauvreté du cerveau, est bien plus pittoresque et plus explicite; mais comment la faire passer en français ?
(*Note du traducteur.*)

anomalie, sans vice de conformation, toutes ses parties sont bien proportionnées; mais le plus souvent on observe en même temps d'autres lésions, sclérose, hydrocéphale, volume inégal des hémisphères, ou d'autres asymétries, etc.

Chez certains microcéphales, le cerveau est encore plus petit que ne pouvait le faire présumer l'aspect extérieur du crâne, soit parce que les os qui forment la boîte crânienne sont épaissis, soit parce qu'il y a en même temps hydrocéphale.

M. Baillarger (*Acad. de méd.*, 29 juillet 1856) a rapporté des cas dans lesquels les fontanelles étaient déjà en grande partie fermées à la naissance; M. Cruveilhier a vu un cas où toutes les sutures étaient déjà ossifiées à l'âge de dix-huit mois; enfin il n'est pas rare de voir des sujets chez qui, à trois ou quatre ans, presque toutes les sutures sont ossifiées. De son côté, M. Virchow a décrit (*Gesamm. Abhandl.* Francfort, 1856, p. 905) des crânes microcéphales dont toutes les sutures persistaient encore. Moi-même, j'ai récemment examiné le crâne d'une fille de dix-neuf ans, morte à Mariaberg; cette fille représentait à peu près dix à douze ans, elle était épileptique et complétement idiote (elle était constamment dans un état de rêve profond, ne disait pas un seul mot et ne pouvait ni marcher ni même se tenir debout). Le crâne, très petit, très ramassé, un peu déjeté en avant et à droite, laissait voir toutes les sutures bien conservées, même la suture frontale, et sans trace d'ossification. — Un autre crâne qui me fut envoyé de l'asile de Winterbach, et qui avait appartenu à une fille idiote morte à vingt et un ans, ne présentait pas les dimensions ordinaires du crâne d'un enfant de sept ans; il n'offrait d'ailleurs aucune autre anomalie de forme qu'une légère asymétrie; la suture frontale avait disparu, la suture sagittale était soudée incomplétement en avant, complétement en arrière, toutes les autres sutures étaient normales. Le cerveau, chez cette fille, pesait 36 *loth* (18 onces, 576 grammes), l'hémisphère gauche était un peu plus court que le droit.

MM. Baillarger et Gratiolet ont vu un fait très remarquable (*Acad. de méd.*, 1857) : c'était le cerveau d'un enfant aztèque du sexe féminin; il était parfait dans sa forme, ne présentait pas trace d'hydrocéphale, mais il était si peu développé qu'il ressemblait au cerveau d'un fœtus de sept à huit mois.

Il faut ranger dans la même catégorie les cas où les circonvolutions cérébrales présentent un état de simplicité extraordinaire, bien que le cerveau lui-même ait un volume moyen, état indiquant une diminution très notable de la surface cérébrale.

Très souvent, chez les idiots, le cerveau est diminué de volume dans quelques unes de ses parties seulement, ou bien certaines parties manquent entièrement. Voici les faits principaux. — Il est très fréquent de

voir les hémisphères cérébraux présenter un arrêt de développement dans quelques-unes de leurs parties; le plus souvent, ce sont les lobes antérieurs (souvent lorsque le diamètre antéro-postérieur du crâne est raccourci, les hémisphères cérébraux sont eux-mêmes raccourcis suivant ce diamètre; cependant c'est le plus ordinairement sur le lobe antérieur que porte le vice de conformation); souvent le lobule olfactif est en même temps notablement diminué de volume; parfois aussi ce sont les lobes postérieurs qui n'offrent pas leur volume normal, de sorte que le cervelet n'est pas recouvert entièrement par le cerveau : les parties ainsi arrêtées dans leur développement présentent tantôt des circonvolutions en petit nombre, mais encore assez développées, ou bien celles-ci sont petites, ratatinées, et ne sont pas plus grosses qu'elles ne le seraient chez les enfants en bas âge (1). — On ne peut guère considérer l'inégalité des deux hémisphères, surtout des hémisphères cérébraux, comme tenant à un état hypertrophique de celui qui est le plus gros; ce serait une erreur; elle provient au contraire de l'état d'atrophie de l'hémisphère qui est le plus petit. Cette inégalité peut être le résultat d'une difformité du crâne (rétrécissement unilatéral), ou bien d'un arrêt de développement primitif du cerveau, ou d'un ratatinement consécutif à l'encéphalite ou à l'apoplexie, etc., lésions dont parfois on constate encore des traces (points jaunes ou bruns, lacunes dans la substance cérébrale, etc.). On observe à cet égard une foule de degrés, depuis un léger raccourcissement jusqu'à la disparition presque complète d'un hémisphère, qui est remplacé par un réseau de mailles remplies de sérosité. Même dans les cas où la lésion est peu intense, la substance de l'hémisphère atrophié est souvent altérée, coriace, compacte, le ventricule latéral est dilaté, le petit hippocampe est épaissi, etc. L'asymétrie se propage très fréquemment au cervelet, au pont de Varole et à la moelle allongée : le cervelet participe souvent à l'atrophie, et quand cette difformité est le résultat du raccourcissement du diamètre antéro-postérieur du crâne, il porte généralement sur un lobe cérébral et sur le lobe opposé du cervelet (2), il y a souvent de l'atrophie, de la paralysie, des convulsions dans la moitié opposée du corps (l'affection que l'on a décrite dans ces derniers temps sous le nom d'*atro-*

(1) J'ai trouvé dernièrement la pointe des deux lobes postérieurs du cerveau avec des circonvolutions modérément, mais symétriquement diminuées de volume, c'était chez un sujet de vingt-trois ans qui n'était pas idiot, qui avait même une intelligence plus que moyenne, mais qui n'avait jamait eu de désirs sexuels. (On s'était occupé de cette question parce qu'il était diabétique.) Les hémisphères cérébraux ne recouvraient pas complétement le cervelet.

(*Note de l'auteur.*)

(2) Voyez Virchow, *Développement de la base du crâne* (allemand). Berlin, 1857, p. 114.

phie unilatérale du corps n'est pas toujours liée à l'idiotie). — On a apporté peu d'attention jusqu'ici à l'atrophie de la moelle allongée, à l'inégalité de volume et à l'asymétrie des diverses parties de la base du cerveau; mais on leur attribuera un rôle d'autant plus important que les travaux entrepris dans ces derniers temps sur ce sujet (1) ont démontré que, dans beaucoup de cas, le vice de conformation du cerveau provient d'une difformité à la base du crâne.

La jeune fille microcéphale dont j'ai parlé plus haut et que j'ai observée à Mariaberg, présentait diverses lésions du pont de Varole et de la moelle allongée; les pyramides des deux côtés étaient saines et régulières, l'olive gauche était un peu plus courte que la droite, surtout à sa partie inférieure; le pédoncule gauche était plus faible, plus grêle, son bord antérieur était comme infléchi latéralement; sur la moitié gauche du pont de Varole, le ruban fibreux oblique (Foville) était beaucoup plus prononcé qu'à droite, son bord inférieur était séparé des fibres horizontales du pont de Varole par un profond sillon; dans le quatrième ventricule, le *tuber cinereum*, à la pointe du *calamus*, était moins développé à gauche qu'à droite; l'hémisphère gauche du cervelet était un peu plus petit, mais un peu plus épais que le droit. — Dans le travail de Demme *Sur l'inégalité de volume des deux moitiés du cerveau* (Wurzbourg, 1831), on trouve quelques faits analogues d'inégalité des deux moitiés du pont de Varole, des deux côtés de la moelle allongée et des deux olives. — Ce même état a été observé par Valentin sur un enfant idiot de l'Abendberg. — La commission du crétinisme, en Sardaigne, a vu également dans un cas des anomalies des pyramides et des olives. — Chez quelques crétins la moelle épinière tout entière paraît être atrophiée (Eulenberg et Marfels en ont vu un cas, M. Niepce aussi, 9e autopsie). — C'est là un sujet important de recherches ultérieures à faire, surtout chez les paralytiques qui ont des phénomènes convulsifs, etc. — On a observé aussi des cas de spina bifida chez des hydrocéphales.

Sous le nom de *porencéphalie*, M. Heschl a décrit des vices de conformation du cerveau dans lesquels il manque une portion plus ou moins considérable des circonvolutions et du centre semi-ovale, de telle sorte que souvent par la lacune qui reste béante, on plonge dans le ventricule; celui-ci est rempli de sérosité, qui est contenue dans une poche ou dans un réseau de mailles dépendant de la pie-mère; quelquefois le crâne présente une voussure dans le point correspondant.

La porencéphalie ne paraît pas être produite par un arrêt de dévelop-

(1) M. Virchow a, en particulier, dans son travail *Sur la physionomie des crétins*, fait remarquer que la synostose sphéno-basilaire peut amener des vices de conformation du pont de Varole, de la moelle allongée et du quatrième ventricule. (*Note de l'auteur.*)

pement du cerveau; elle semble plutôt être le résultat d'une maladie survenue pendant la vie intra-utérine, qui a détruit de bonne heure une portion de cet organe. — Dans presque tous les cas de ce genre il y a idiotie avec un degré variable de paralysie et de contracture dans la moitié opposée du corps; on peut soupçonner l'existence de cette lésion quand on voit le crâne présenter une voussure partielle sur un seul côté (Heschl). — M. Tungel (*Observations cliniques*, Hambourg, 1860) a tout récemment cité un fait analogue; il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans qui était aliéné, en démence, mais qui n'avait été ni paralytique, ni idiot à proprement parler.

On trouve encore, mais plus rarement, chez les idiots des vices de conformation plus localisés du cerveau, certaines parties de cet organe sont extraordinairement petites ou manquent tout à fait; peut-être n'en est-il pas une seule dont on n'ait, dans divers cas, signalé l'absence ou que l'on n'ait trouvée réduite à un état rudimentaire. On a vu des cas où le cervelet tout entier manquait (Cruveilhier, *Anat. pathol.*, livre XV, pl. 5; idiote âgée de onze ans); dans d'autres faits, c'était la glande pinéale qui manquait (1); M. Niepce a noté plusieurs fois des vices de conformation du trigone cérébral; on a vu les olives réduites à un état rudimentaire, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois; on a noté l'atrophie des pédoncules, des corps mamillaires, du thalamus, du corps strié, du chiasma, des bandelettes acoustiques (Valentin); on a vu enfin des cas où le corps calleux manquait totalement ou n'existait plus qu'à l'état rudimentaire; la science possède une douzaine de cas de ce genre.

Quelques-uns de ces individus chez qui le corps calleux manquait étaient plongés dans une profonde idiotie; la dégénérescence était plus complète encore chez les sujets dont le cerveau présentait, avec ce vice de conformation du corps calleux, d'autres anomalies, ou l'absence totale de certaines parties. Parmi ces faits se trouvent : 1° celui de Bianchi (1748, cité par M. Förg); garçon de sept ans, dans l'idiotie la plus complète, absence totale du corps calleux, les deux hémisphères entiers, les thalamus et les corps striés confondus en une même masse, pas de glande pituitaire, quelques traces du pont de Varole, aucune des pyramides et des olives; 2° le fait de M. Förg (*Essai sur les fonctions du corps calleux,...* Munich, 1855) : fille de dix-sept ans, profondément idiote, très peu développée physiquement; la partie moyenne libre du corps calleux man-

(1) M. Schnepff (*Soc. de biol.*, *Gaz. méd.*, 1850) : le cerveau était à peu près normal, mais la glande pituitaire manquait, à sa place se trouvaient deux petites concrétions dures comme de la pierre; sujet idiot depuis la naissance, mort à vingt-neuf ans.

(*Note de l'auteur.*)

que, il en est de même de la cloison transparente, de la partie moyenne du trigone, de la commissure antérieure et de la commissure blanche; l'insula est considérablement atrophiée, ses circonvolutions sont groupées d'une façon anormale, beaucoup d'entre elles manquent; les lobes du cervelet sont asymétriques : hydrocéphale; 3° le fait de M. Chatto (*London med. Gazet.*, 1845), enfant d'un an chez qui toutes manifestations intellectuelles et toutes perceptions sensoriales paraissent avoir manqué complétement; le corps calleux, la cloison transparente et le trigone manquent, excepté deux petits cordons appartenant au corps calleux et pendants en avant de chaque hémisphère : hydrocéphale; 4° enfin, plusieurs cas de crétinisme endémique observés par M. Niepce (*Traité du goître*, 1851, t. I, p. 25, t. II, p. 111), dans lesquels, entre autres vices de conformation du cerveau, le corps calleux présentait une très grande ténuité, et était le siége d'un arrêt de développement très marqué.

D'un autre côté, il y a toute une série de faits où, avec ces vices de conformation du cerveau, on ne trouve pas une idiotie profonde, l'intelligence n'est qu'affaiblie, quelquefois même elle est normale. Reil a vu (*Arch. de physiol. allem.*, t. II, 1812, p. 341) une idiote de trente ans, assez intelligente encore pour faire le métier de messagère : la partie moyenne libre du corps calleux, le corps genouillé, la circonvolution du corps calleux et la cloison transparente manquaient complétement; le reste du cerveau était normal; — le fait de Solly (*The human brain*, London, 1826, p. 433), garcon de dix-sept ans dont l'esprit alla toujours s'affaiblissant, mais qui aimait à lire des livres religieux; il avait un bon caractère, il était docile, mais frivole et nonchalant, il trébuchait et tombait souvent : le corps calleux manquait, il y avait en outre un kyste dans le cerveau; — le cas de M. Paget (*Med. chir. Transact.*, t. XXIX, 1846, p. 55), fille de vingt et un ans, spirituelle et douce, mais se livrant à propos de rien à des actes d'une frivolité surprenante, très bonne mémoire, actes irréfléchis et inconsidérés, parole vive et brusque : le corps calleux manquait à peu près complétement, il n'était représenté que par une petite bandelette horizontale; la cloison et la partie moyenne du trigone manquaient; — le fait de M. Mitchell Henry (*Med. chir. Transact.*, 1848, t. XXXI, p. 239), garçon de quinze ans, joli, mais n'apprenant que difficilement, lourd, paresseux, se troublant pour une parole un peu brusque : le cerveau était normal, le corps calleux était représenté par une bandelette horizontale large d'un pouce et demi (anglais); la cloison transparente, la partie antérieure et moyenne du trigone manquaient; — enfin, le cas cité dans le Rapport sur l'asile des aliénés de Vienne (1858, p. 189), homme de vingt-cinq ans, devenu épileptique à vingt ans, à la suite d'une grande frayeur, puis devenu peu à peu idiot : le corps calleux manquait, la commissure antérieure était incomplète; hydrocéphale.

§ 160. — Parmi les lésions anatomiques que l'on trouve le plus fréquemment dans le cerveau des idiots, il faut ranger au premier rang l'hydrocéphale chronique, congénitale ou survenue pendant les premiers temps de la vie; elle peut exister à des degrés très divers; souvent elle s'accompagne d'un épaississement de l'épendyme des ventricules. Dans beaucoup de cas l'hydrocéphale paraît même constituer à elle seule la lésion primitive et principale dans l'idiotie, surtout dans les cas où l'ossification du crâne se fait tardivement, où les os de la tête restent minces, dans ceux enfin où le crâne est plus ou moins augmenté de volume (macrocéphalie). Au contraire, dans beaucoup de cas l'augmentation de la sérosité contenue dans le crâne chez les idiots n'est que secondaire, elle est la conséquence d'un arrêt de développement, d'une atrophie partielle, en un mot, d'un vice de conformation du cerveau (hydropisie *ex vacuo*), ou bien elle est une complication accidentelle de diverses malformations de cet organe : l'hydrocéphale bornée à un seul côté dans le cas d'atrophie d'un des hémisphères cérébraux nous en offre un exemple remarquable. Dans tous ces cas, le crâne peut avoir ses dimensions normales, ou même, et cela n'est pas très rare, il peut être, comme nous l'avons déjà vu plus haut, considérablement diminué de volume. Toutes les fois qu'il existe une hydrocéphalie assez considérable, on doit toujours penser que le cerveau est diminué de volume et que très souvent ses fonctions sont plus ou moins entravées.

Des déformations de la tête très intéressantes, mais plus rares, sont celles qui résultent de l'hydrocéphalie partielle, de la dilatation considérable, mais partielle, d'un des ventricules latéraux. Lorsque ces déformations se produisent à une époque où le crâne n'est encore constitué que par les éléments membraneux des os qui doivent le composer, il se forme à la surface de la boîte crânienne, par suite de la pression excentrique exercée par certaines parties du cerveau, des voussures, des protrusions en forme de sac. Un fait très remarquable et très rare, mais qui a été observé cependant par Valentin et par M. Niepce, c'est la présence d'un cinquième ventricule dans les olives du cervelet (ventricule ciliaire, qui existe à l'état normal chez les oiseaux); dans le fait de Valentin, ce ventricule avait un pouce à un pouce et demi de longueur. — Les idiots hydrocéphales, dont la tête est très volumineuse, n'atteignent généralement qu'un développement physique très faible, à seize ans, par exemple, ils en paraissent à peine cinq ou six; toutefois il n'en est pas toujours ainsi, j'ai vu des cas d'hydrocéphale très prononcée chez des sujets bien développés d'ailleurs, et jolis de figure. Il serait très intéressant de rechercher les motifs de ces différences.

Chez beaucoup d'idiots, les lésions anatomiques principales que l'on trouve à l'autopsie sont des traces d'encéphalite, tantôt localisée, tantôt

diffuse, qui s'est terminée de différentes façons, mais le plus souvent par sclérose et par atrophie partielle. Cette inflammation peut survenir, soit pendant la vie embryonnaire, soit pendant les premiers mois de la vie, ou à l'époque de la dentition, ou enfin quelquefois un peu plus tard, à quatre ou cinq ans. Dans les cas où la mort arrive un temps considérable après la maladie originaire, c'est à peine si quelquefois on peut constater les vestiges d'encéphalite, et ce n'est guère que par un épaississement cicatriciel ou autre, par la pigmentation qu'elles présentent, qu'on peut distinguer les parties qui ont été le siége d'une inflammation de celles qui ont simplement subi un arrêt de développement. Dans ces cas, l'idiotie s'accompagne le plus souvent de lésions du mouvement, contracture, paralysie d'un côté du corps, souvent aussi d'épilepsie. — Chez quelques idiots, on a constaté également un gonflement hypertrophique du tissu connectif cérébral que l'on peut, d'une façon générale, rapporter à l'encéphalite chronique, et que l'on trouve aussi chez les déments paralytiques.

M. Isambert a rapporté (*Soc. de biologie*, 1856, p. 9) un cas très remarquable de ce genre, dans lequel M. Ch. Robin a examiné le cerveau au microscope : il s'agissait d'un idiot de deux ans ; les parois des ventricules, les gros ganglions, le pont de Varole et les pédoncules étaient très solides et très durs, leur tissu avait l'élasticité du caoutchouc ; les tubes nerveux de la substance blanche étaient presque complétement détruits et remplacés par une substance granuleuse amorphe ; il y avait en outre des fibres de tissu cellulaire de nouvelle formation.

Très souvent on nous dit qu'un enfant bien développé, et qui jusque-là avait toujours joui d'une bonne santé, a eu, à l'époque de la dentition ou vers deux ou trois ans, une fièvre qui s'est déclarée brusquement, accompagnée de délire, de convulsions, de somnolence, et qui a guéri en apparence rapidement, mais à la suite de laquelle le développement intellectuel s'est arrêté, la parole et la marche se sont trouvées gênées, difficiles, les convulsions se reproduisaient fréquemment et peu à peu l'enfant est devenu épileptique. Dans tous ces cas, il y a deux affections auxquelles on doit surtout penser. Ou c'était un état de congestion, un travail inflammatoire léger dans les membranes, qui peut être lié à l'ossification (inflammatoire) des sutures du crâne et au développement général du cerveau de l'enfant, état qui souvent détermine la formation rapide d'un épanchement de sérosité, ou la production lente d'une hydrocéphale chronique ; ou bien il s'est fait, dans le cerveau même, des inflammations qui, après la cessation de la période aiguë, entravent ou suspendent le développement ultérieur de cet organe dans les points qui ont été occupés par la phlegmasie, inflammations dont on retrouve les traces à l'autopsie. On peut admettre l'existence de ces affections surtout dans les cas où l'une des moitiés du

corps est un peu moins développée que l'autre, où l'on trouve des convulsions, de la paralysie, de la contracture, limitées à une seule moitié du corps. — Je citerai ici comme exemple de la forme grave de ces affections le fait suivant emprunté à M. Calmeil (*Maladies infl. du cerveau*, t. II, p. 411) : un enfant d'une bonne constitution fut pris, à la fin d'une rougeole, d'accès convulsifs violents et de coma prolongé d'où il sortit aveugle, sourd et muet; au bout de quinze jours, l'ouïe se rétablit; au bout d'un an, l'enfant put dire quelques mots, mais il resta aveugle, épileptique et hémiplégique à droite; jusqu'à treize ans, il demeura plongé dans un état d'idiotie profonde; à dix-neuf ans, il pouvait articuler quelques sons, mais il ne savait pas encore manger seul; la jambe droite était faible, le bras droit contracturé; à vingt-deux ans, il mourut. Les membres du côté droit étaient plus faibles et moins développés que ceux du côté gauche; le crâne était petit, bien conformé, très épais; œdème de la pie-mère; l'hémisphère cérébral gauche était considérablement plus petit que le droit; le lobe postérieur gauche était surtout notablement petit, ses circonvolutions très grêles, très fermes, d'un jaune clair à l'extérieur, d'un blanc mat à l'intérieur; le lobe moyen et le lobe antérieur de ce côté étaient également plus petits; le lobe postérieur droit était lui-même un peu diminué de volume et légèrement induré; les nerfs optiques eux-mêmes étaient aussi indurés. Cette induration et cette atrophie du cerveau étaient évidemment ici le résultat d'une inflammation cérébrale survenue pendant la convalescence de la rougeole.

Chez les idiots, l'hypertrophie du cerveau est beaucoup plus rare que les diverses altérations que nous venons d'énumérer; il est à peu près impossible de la distinguer pendant la vie d'une hydrocéphale distendant le crâne, parce que, dans les deux cas, la tête est volumineuse et l'ossification du crâne incomplète, et que, dans les deux cas aussi, la base du crâne n'augmente pas de volume et souvent même reste au-dessous de ses dimensions normales (Virchow).

M. Baillarger (*Acad. de méd.*, juillet 1856) a rapporté le fait d'un enfant de quatre ans dont le cerveau pesait 1305 grammes, c'est-à-dire autant, sinon plus, que chez la généralité des adultes; il a cité également un autre cas (*Gaz. hebdomadaire*, 1859) d'un enfant dont le corps pesait 46 livres et le cerveau 1160 grammes; MM. Briquet et Delasiauve ont vu des faits analogues.

Une chose surprenante et à laquelle on n'a pas accordé grande attention, bien qu'elle ait été signalée par un certain nombre d'observateurs (Stahl, Rösch, Niepce, etc.), c'est une abondance extraordinaire de substance grise dans le cerveau de quelques idiots; cette substance grise se trouve dans les endroits où elle existe normalement, mais son volume est extrêmement considérable et dépasse celui de la substance blanche. Quel-

quefois aussi on trouve des dépôts de substance grise dans des points où cette substance n'existe pas à l'état normal ; M. Virchow en a vu chez un épileptique idiot, j'en ai observé moi-même chez un épileptique dont l'état mental n'avait pas été noté. Enfin, il est parlé dans quelques autopsies d'une hypertrophie extraordinaire de la glande pituitaire (Niepce, Bergmann) ; on est autorisé à se demander si, dans ces cas, il n'y a pas, en outre de l'hypertrophie, quelque autre lésion organique. C'est ce que semblent indiquer deux faits intéressants de M. Niepce : dans l'un, on a trouvé deux petites concrétions pierreuses dans la glande pituitaire ; dans l'autre, cette glande présentait une cavité dans son intérieur. Dans d'autres cas de crétinisme endémique, la glande pituitaire était très petite. Enfin, on a trouvé dans quelques cas une augmentation de volume extraordinaire des corps quadrijumeaux (Niepce), ce qui donne une ressemblance avec les animaux.

§ 161. — Nous avons maintenant à étudier les anomalies du crâne chez les idiots. Elles sont très fréquentes et très variables ; nous en avons déjà dit quelques mots en nous occupant des arrêts de développement du cerveau ; nous y reviendrons tout à l'heure avec tous les détails que comporte cette intéressante question, et nous nous occuperons en particulier des anomalies primitives du crâne sur lesquelles les recherches modernes ont jeté un grand jour.

Notre intention n'est pas de relater ici dans tous leurs détails les recherches relatives à ce sujet, les limites de cet ouvrage s'y opposent ; mais le lecteur que cette étude intéresse pourra consulter avec fruit une foule de travaux originaux et la description des nombreux crânes pathologiques qui se trouvent dans les divers cabinets du monde savant. Voyez Malacarne, dans P. Frank, *Delectus opusc. med.*, t. VI, 1789. — Ackermann, *Ueber die Cretinen*, etc., Gotha, 1790. — J. et E. Wenzel, *Ueber den Cretinismus*, Vienne, 1802. — Stahl, *Neue Beitraege*, etc., Erlangen, 1848, 2e édit., 1851. — *Études cliniques*, etc., *Journal* (allemand) *de psychiatrie*, t. XI, 1845 ; t. XVI, 1859. — Virchow, *Würzb. Verhandl.*, 1851, 1852, 1855, 1856, et *Gesammelte Abhandl.*, Francfort, 1856 ; *Recherches sur le développement de la base du crâne*, Berlin, 1857 ; *Sur le développement des os et des formes du crâne* (*Archives de Virchow*, t. XVII, 1858). — Luca, *Architecture du crâne humain*, Francfort, 1857. — Gratiolet, *Mémoire sur la microcéphalie* (*Journal de physiol.*, t. IX, janv. 1860). — Lambl, *Rapport sur l'hôpital des Enfants*, Prague, 1861.

Nous laisserons de côté les altérations du crâne qui, quant à présent, n'offrent qu'un minime intérêt pour nous expliquer la nature de l'idiotie, telles que l'amincissement partiel des os du crâne, ou, ce qui est beaucoup fréquent, l'épaississement plus ou moins général du crâne, altéra-

tions qui constituent le seul état anatomique palpable chez quelques épileptiques, et dont le mode de liaison, soit avec l'épilepsie, soit avec l'idiotie, nous échappe d'une façon à peu près complète. Nous ne nous occuperons pas davantage de la persistance plus ou moins prolongée des fontanelles qui quelquefois restent ouvertes jusque dans un âge assez avancé; M. Stahl en a vu un cas chez un homme de cinquante ans, mais cela est très rare. Ce qui fera principalement l'objet de notre étude, ce sont les arrêts de développement du crâne qui entraînent une déformation de la boîte osseuse de la tête; nous aurons en particulier à examiner les anomalies de la voûte et les anomalies de la base du crâne.

Certaines déformations de la voûte du crâne sont produites par un vice primitif de conformation du cerveau. L'ossification de la tête reste en retard, comme l'accroissement du cerveau; le crâne s'arrête dans son développement, parce que le cerveau lui-même cesse de s'accroître, soit en totalité, soit dans quelques-unes de ses parties, ou bien parce que celui-ci ne se développe pas d'une manière symétrique, etc. A ce genre d'anomalies se rattachent beaucoup de cas de microcéphalie simple, peut-être aussi certains rétrécissements unilatéraux du crâne par suite de l'occlusion des sutures, alors que les hémisphères cérébraux sont d'inégale grosseur; dans ce cas, l'ossification des sutures n'est pas la cause du vice de conformation que présente le crâne, elle est plutôt le dernier terme de l'évolution pathologique. Le plus souvent, dans ces cas de rétrécissement du crâne par cause interne, lié à un développement irrégulier du cerveau, on trouve un certain nombre de sutures ossifiées; il en résulte ou une microcéphalie générale ou des dilatations partielles ou générales de la voûte osseuse du crâne.

Mais, le plus souvent, les vices de conformation du crâne sont primitifs et complétement indépendants du développement du cerveau. Ils tiennent principalement à un arrêt dans l'accroissement des os du crâne. Quelquefois il semble simplement que la formation du tissu osseux se fasse mal ou d'une manière incomplète; peut-être cela tient-il aussi à une cause constitutionnelle qui trouble la nutrition des os. Mais dans la très grande majorité des cas, la cause de ces vices de conformation réside dans un travail morbide idiopathique, probablement de nature inflammatoire, qui se fait dans les sutures, qui empêche l'accroissement des os de la voûte du crâne, et qui enfin amène l'occlusion des sutures. Lorsque, pour un motif quelconque, une suture se forme de bonne heure, le crâne se rétrécit en ce point, parce que l'accroissement des os qui se fait dans une direction perpendiculaire à cette même suture est désormais arrêté. Ce rétrécissement partiel du crâne, quand il est considérable, peut faire ressentir son action à une distance plus ou moins grande; c'est ainsi, par exemple, qu'une synostose précoce de la voûte crânienne peut arrêter la base

du crâne dans son développement, la raccourcir, la rétrécir, etc.

Dans certains cas, l'arrêt de développement se borne à déterminer un simple rétrécissement du crâne, celui-ci est simplement difforme. Mais il en est d'autres où, par suite de ce rétrécissement, le crâne se dilate par compensation sur d'autres points; le cerveau se développe du côté où il rencontre le moins de résistance; les sutures en cet endroit se laissent distendre par la pression du cerveau, elles s'étalent donc et présentent par conséquent un plus grand nombre de points d'ossification; peut-être même enfin ont-elles une certaine tendance à l'hypertrophie. Ces voussures de compensation, comme on les appelle, remédient, il est vrai, à la diminution de capacité de la cavité du crâne, mais aussi elles le rendent plus difforme qu'il n'était auparavant. Le rétrécissement une fois établi, tout dépend de ces compensations pour le développement normal du cerveau et de même pour le développement intellectuel; et d'après ce que nous venons de dire, les compensations elles-mêmes doivent dépendre beaucoup du degré et du mode de nutrition plus ou moins actif du cerveau lui-même. — D'ailleurs il est rare que les voussures de compensation, dans ces cas d'ossification des sutures, soient suffisantes pour l'expansion complète du cerveau, la cavité crânienne est généralement trop petite.

Une espèce particulière et rare de compensation (incomplète) consiste dans la production de bosses exencéphaliques (Lambl), c'est-à-dire que le crâne est saillant, aminci, perforé même quelquefois sur différents points, particulièrement au niveau des sutures et des fontanelles; ces bosses sont liées à l'hydrocéphale interne, et paraissent produites par la pression de certaines parties du cerveau sur les os du crâne, pression qui même quelquefois détermine de véritables lacunes osseuses plus ou moins considérables.

Les déformations qu'entraînent ces rétrécissements du crâne peuvent être rapportées à plusieurs types principaux. — Lorsque les sutures de la voûte du crâne s'ossifient toutes ou presque toutes de bonne heure, il en résulte une simple microcéphalie, régulière et uniforme; si la base du crâne s'ossifie en même temps, ou s'il ne se fait pas de voussures de compensation, le crâne, dans sa totalité, reste petit, mais il est bien proportionné; dans ce cas, le cerveau se développe d'une manière uniforme, mais il ne peut dépasser un certain volume. Mais si en même temps la base du cerveau ne s'ossifie que très lentement, le cerveau trouve alors un mode important de compensation, il peut s'étendre à la partie inférieure du crâne: il en résulte un type particulier de forme du visage et du corps, un type particulier aussi d'intelligence, que nous étudierons plus tard en détail; c'est le type des Aztèques. — Lorsque l'occlusion des sutures de la voûte du crâne se fait d'une manière partielle, on observe alors les principales

formes suivantes. — Généralement c'est le diamètre transverse du crâne qui se rétrécit quand la suture sagittale s'ossifie de bonne heure; cette déformation est beaucoup plus rare par le fait de l'ossification de la suture sphéno-frontale, qui rétrécit plutôt la région frontale que la région pariétale. La synostose se produisant des deux côtés à la fois entre l'occipital et la partie mastoïdienne des temporaux, peut, comme je l'ai vu sur le crâne d'une fille de dix-neuf ans à demi crétine, rétrécir considérablement toute la partie inférieure du crâne située entre les deux apophyses mastoïdes, et par conséquent diminuer considérablement l'espace réservé au cervelet. Sur ces crânes, le rétrécissement transversal peut être compensé, dans le sens longitudinal, par l'augmentation de volume de la région frontale et par la voussure de l'occipital. —L'ossification de la suture lambdoïde en arrière avec les pariétaux produit les crânes trop courts (dans les cas où la partie postérieure du crâne manque totalement, on a alors ce qu'on appelle le masque de singe); ce rétrécissement antéro-postérieur du crâne est souvent corrigé par un développement compensatoire de la région de la fontanelle antérieure (tête pointue ou en pain de sucre). — Le rétrécissement antéro-postérieur du crâne en avant est produit par l'ossification du frontal avec les pariétaux; le crâne est déjà en même temps très bas. — Une autre espèce de crânes trop bas est celle qui résulte de l'ossification des ailes du sphénoïde avec le frontal et avec la partie écailleuse des temporaux. — Enfin les synostoses unilatérales, l'ossification d'une moitié de la suture coronale en avant, celle d'une moitié de la suture lambdoïde en arrière, produisent les crânes asymétriques, rétrécis obliquement ou inclinés; dans ces cas, le rétrécissement de la cavité du crâne est compensé par la dilatation de la partie diamétralement opposée. — Tous ces rétrécissements du crâne, lorsqu'ils se font de bonne heure, s'opposent au développement des parties correspondantes du cerveau; par exemple, les rétrécissements portant sur un seul côté amènent souvent un raccourcissement de l'hémisphère cérébral de ce côté, etc. Les compensations dont nous avons parlé ne suppriment jamais complétement l'obstacle qui empêche le développement du crâne, ni les conséquences fâcheuses qui en résultent.

Il paraît d'ailleurs que ce ne sont pas seulement les rétrécissements, mais aussi les dilatations partielles, qui peuvent produire l'asymétrie et en général les difformités du crâne, par le développement exagéré d'os wormiens; la production de nombreux os wormiens dans la suture lambdoïde paraît principalement donner lieu à une forme spéciale de crâne allongé (Virchow). — D'après M. Lambl, chez les enfants rachitiques il se produit des scolioses du crâne par suite de la courbure qu'entraîne le ramollissement des os, et par suite aussi de la persistance prolongée des sutures; enfin, il paraît y avoir aussi des scolioses qui ne peuvent être attribuées à aucune de ces causes et qui résultent simplement d'une dis-

proportion dans l'énergie de l'accroissement des os du crâne sur tel ou tel point de sa surface.

S'il est bien démontré que des arrêts primitifs de développement du cerveau, provenant du cerveau lui-même, ont une grande influence sur le développement et sur la forme de la voûte du crâne, il faut avouer que, pour ce qui est de la base du crâne, nous ignorons absolument s'il existe des influences semblables; toutes les modifications de forme qui surviennent de ce côté, lorsqu'elles ne sont pas consécutives à des déformations de la voûte (1) qu'elles sont destinées à compenser, sont toujours considérées, quant à présent, comme des anomalies primitives et essentielles et provenant de troubles de nutrition survenus dans les os ou dans les cartilages de la base du crâne. Elles proviennent presque toujours de l'ossification prématurée de la base. De même que l'accroissement des os de la voûte du crâne dépend de la persistance des sutures de cette partie, de même celui des os de la base dépend de la persistance des cartilages; l'ossification précoce de ces surfaces cartilagineuses empêche le développement longitudinal des os qui composent la base du crâne, et produit par suite un raccourcissement de cette région. L'ossification des lames cartilagineuses qui sont primitivement interposées entre les parties antérieure et postérieure du sphénoïde amène rarement ce résultat; cette ossification est ordinairement complète ou à peu de chose près avant la naissance; c'est bien plutôt l'ossification de la synchondrose entre le sphénoïde et l'os basilaire, qui ne se fait à l'état normal que vers quinze ans, quelquefois même à vingt ans et plus tard encore, de sorte que normalement la base du crâne a pendant quinze ans au moins à se développer en longueur dans le sens horizontal. — Ces raccourcissements par ossification prématurée de la base du crâne ont des conséquences fort graves. Lorsque ce vice de conformation se produit de bonne heure, il donne à la base du crâne une forme qui d'ailleurs est normale pendant plus de la moitié de la vie intra-utérine, c'est-à-dire qu'elle est fortement courbée en haut; le sphénoïde, à son point d'union avec l'os basilaire, forme un petit angle, a une direction plus abrupte qu'à l'état normal (cyphose basilaire); en outre ce raccourcissement de la base du crâne détermine une déformation de la face (physionomie crétinienne), qui se distingue par un nez retroussé, la racine du nez est large et enfoncée, les yeux sont fortement écartés, les orbites sont larges et peu profondes, les pommettes et les maxillaires sont saillants (progna-

(1) Par exemple, l'ossification des sutures de la partie supérieure du crâne, surtout celle de la suture coronale, peut avoir pour effet direct de déterminer un raccourcissement de la base du crâne.

(*Note de l'auteur.*)

tisme). Lorsque la base du crâne est entravée dans son développement, la conséquence ultérieure en est que le sphénoïde a une direction plus transversale et est plus aplati qu'à l'état normal, les grandes ailes de cet os restent petites et grêles; le pont de Varole et la moelle allongée sont gênés dans leur contact avec ce plan qui présente une surface anormale, et il en résulte un obstacle plus ou moins préjudiciable au développement des parties antérieure et moyenne du cerveau. Par suite de cette disposition il peut exister une microcéphalie très marquée; cependant cela est assez rare; il se fait là diverses compensations, mais qui ne sont qu'incomplètes, sans doute en raison du faible degré de développement du cerveau; le crâne se développe en partie en haut (tête en pain de sucre), ou bien la suture frontale qui a persisté permet à la voûte de s'allonger, ou bien enfin les parties supérieure et postérieure de la tête se dilatent dans certaines limites.

Cette « *synostose tribasilaire* » (Virchow) est la lésion fondamentale et, à ce qu'il paraît, l'unique point de départ de toute une forme spéciale de crétinisme, que l'on retrouve souvent surtout chez les crétins des Alpes. Plusieurs des anciens observateurs avaient déjà émis cette idée parfaitement juste que chez les crétins la lésion fondamentale est à la base du crâne. Ackerman disait (1790): « C'est à la partie inférieure de la base du crâne » que siége la lésion essentielle chez les crétins » (*l. c.*, p. 33), et plus loin il ajoutait: « c'est cette légère altération de forme que nous avons signalée » entre l'occipital et le sphénoïde (il veut parler de la disposition trop » horizontale de l'occipital) qui détermine le crétinisme. » (*Ibid.*, p. 119.) — Les frères Wenzel s'exprimaient d'une façon tout à fait analogue (*l. c.*, p. 54-59): « Chez les crétins, la surface de la base du crâne est » trop courte d'arrière en avant, elle est comme ramassée, c'est là que » se trouvent les lésions fondamentales du crétinisme, etc., etc.; » et plus loin (*ibid.*, p. 206): « Les cas de crétinisme que l'on observe quel- » quefois chez des enfants nouveau-nés sont tous de nature à faire penser » qu'il existe déjà à cette époque une déformation considérable de la » base du crâne. » — On trouve la même pensée dans Autenrieth (cité par Wenzel, p. 218). — Plus tard les recherches sur le crétinisme ont laissé ce point en oubli. Stahl y revint en 1848. Mais ce n'est que dans les travaux de Virchow que l'on trouve une description bien nette de l'état réel des choses. Virchow y démontre en outre que la synostose totale des deux parties du sphénoïde et de l'os basilaire peut déjà se produire chez le fœtus, et qu'elle donne déjà aux nouveau-nés le type de la physionomie du crétin. — On comprend facilement que la synostose basilaire avec raccourcissement de la base du crâne n'est pas la seule cause du crétinisme en général (idiotie avec vice de conformation du corps), pas même du crétinisme endémique, ou crétinisme alpin; on peut trouver

bien plutôt dans le crétinisme toutes sortes de difformités du crâne, macrocéphalie, microcéphalie, obliquité du crâne, etc., sans qu'il y ait de synostose basilaire. La théorie émise par M. Virchow n'est nullement ébranlée; elle reçoit plutôt un complément dans ce fait que l'on voit quelquefois chez des individus atteints de crétinisme endémique (comme cela se trouve aussi parfois chez des sujets bien conformés) le sphénoïde et l'os basilaire non encore ossifiés après l'âge de vingt ans (Niepce, *l. c.*, t. II, p. 118, 6e autopsie; Stahl (1), *Journ.* (allem.) *de psychiatrie*, t. XVI, p. 368). La synostose basilaire donne lieu seulement à une espèce toute spéciale, mais assez fréquente, de crétinisme, présentant un aspect tout particulier de la physionomie: — il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit se produire pour les os longs des membres qui, lorsque leurs cartilages épiphysaires s'ossifient de bonne heure, sont frappés d'arrêt de développement; le squelette reste petit; c'est ce qui a lieu chez les nains; — aussi dans ces cas de synostose de la base du crâne l'arrêt de développement ne doit-il pas être considéré comme le résultat d'une affection du cerveau, comme cela arrive dans les cas d'atrophie unilatérale du crâne, ou dans beaucoup de cas de microcéphalie. Le crétinisme par synostose basilaire est une dégénérescence produite par ossification prématurée des cartilages des os de la base du crâne; cette synostose est une affection diamétralement opposée au rachitisme, auquel on voulait naguère rattacher l'origine du crétinisme. Le rachitisme vrai ne dégénère jamais en crétinisme, circonstance extrêmement importante au point de vue du traitement.

Les types de déformation du cerveau qui correspondent aux diverses formes d'anomalie du crâne que nous venons de décrire ne sont encore que très imparfaitement connus; ce serait là un sujet intéressant de recherches pour les médecins qui se trouvent placés dans les conditions nécessaires pour les faire (2).

§ 162. — Si l'on jette un coup d'œil sur ce que nous venons de dire des

(1) Il est à remarquer que, dans ce fait, la glande pituitaire était très volumineuse et présentait une cavité, tandis que dans celui de M. Virchow, d'un crétin nouveau-né chez qui toutes les sutures étaient ossifiées, elle était très petite, presque atrophiée. (*Note de l'auteur.*)

(2) M. Lélut a mesuré le crâne d'un très grand nombre d'idiots, et il a comparé les résultats obtenus à ceux que fournit la mensuration du crâne dans l'état normal. Il ressort de son travail les conséquences suivantes :

1° D'une manière absolue, le crâne est plus petit dans l'idiotie.

2° Proportionnellement à la taille, il est plus petit encore chez les idiots au dernier degré, mais il est au contraire plus grand chez les idiots les moins affectés.

3° La différence qui existe entre le crâne des idiots et le crâne normal ne porte

lésions anatomiques fondamentales de l'idiotie et du crétinisme, on voit que dans la très grande majorité des cas il y a des anomalies du cerveau ou du crâne qui doivent exercer une action défavorable sur le développement cérébral. Ces deux groupes d'anomalies présentent entre eux de très grandes différences, et il est impossible de les rapporter à un type unique, à une seule lésion élémentaire. Il faut aussi se bien garder de voir dans la nature spéciale d'une anomalie que l'on observe, par exemple l'hydrocéphale, ou l'absence de commissures cérébrales, la cause anatomique prochaine du désordre intellectuel que présentait l'individu, de l'idiotie. Cette anomalie, cette absence de certaines parties du cerveau n'a peut-être aucune influence sur la lésion spéciale de l'intelligence, celle-ci dépend plutôt de la manière dont fonctionnent les parties subsistantes du cerveau qui paraissent normales. Les lésions anatomiques que l'on constate à l'autopsie chez les idiots démontrent simplement que dans tous ces cas le cerveau était malade ou mal conformé. D'un autre côté, il faut se rappeler quels sont les éléments qui concourent len-

pas également sur tous les points ; on l'observe presque uniquement sur la moitié postérieure de la courbe antéro-postérieure.

Ce fait remarquable s'explique par l'aplatissement de l'occipital. L'arrêt de développement porte en effet le plus souvent sur les lobes postérieurs, et j'ai vu un cas où, chez une idiote au dernier degré, ces lobes ne recouvraient plus du tout le cervelet. C'était la reproduction de ce qui a lieu chez les animaux.

A l'époque où M. Lélut publiait son travail, la phrénologie jouissait encore d'une grande faveur, et il était important de démontrer que chez les idiots la partie antérieure du crâne, siége des plus nobles facultés, est proportionnellement plus développée que la partie postérieure.

Je n'ai pas été peu étonné, en relisant *Don Quichotte*, de voir que Michel Cervantes avait déjà, il y a plus de deux siècles, remarqué l'aplatissement de l'occipital. Dans le tableau qu'il trace d'une fille d'auberge, née dans les Asturies, il reproduit quelques-uns des traits du crétinisme, et parmi ces traits il n'oublie pas celui que je viens d'indiquer.

« Dans la même hôtellerie il y avait, dit-il, une servante *asturienne* à la *face large*, au *chignon plat* (*llassa de cogote*), au *nez camus*, laquelle était borgne et n'avait pas l'autre œil en très bon état. Il est vrai de dire que chez elle l'élégance de la taille suppléait à ce manque d'agrément, car la pauvre fille n'avait pas *sept palmes des pieds à la tête*, et ses épaules surchargeaient si fort le reste de son corps, qu'elle avait bien de la peine à regarder en l'air. »

M. le docteur Guardia a bien voulu me communiquer sur cet aplatissement du *chignon* la note suivante :

« Pellicer, dans le tome II de son édition, page 260, fait observer, d'après Covarrubias, Quevedo et l'auteur de la *Picara Justina*, que cette conformation n'est pas rare chez les montagnards des Asturies ; *llassa de cogote* veut dire, suivant son interprétation, *descogotada*, proprement sans chignon. » (B.)

tement au développement de l'intelligence chez les enfants ; il est entièrement basé sur l'élaboration des impressions sensoriales et sur la production des impulsions internes du mouvement : or s'il survient des lésions dans les parties du cerveau qui peut-être bien n'ont aucun rapport avec les facultés les plus élevées de l'intelligence, mais qui ont une grande influence sur les fonctions du cerveau relatives à la sensibilité et au mouvement, ces lésions, en supprimant les éléments de développement que l'intelligence puise dans la sensibilité même, diminuent d'autant le développement intellectuel.

Pour ce qui est du mécanisme par lequel se produisent ces altérations du cerveau, nous ne sommes pas à court pour l'expliquer ; ce que nous connaissons, ce sont des inflammations cérébrales survenant pendant la vie intra-utérine, ou d'autres maladies du fœtus, des ossifications prématurées, etc. Quant aux arrêts de développement du cerveau, il y a une circonstance qui, je crois, n'a pas été étudiée avec toute l'attention qu'elle comporte, je veux parler d'une étroitesse anormale des artères cérébrales, étroitesse qui peut être primitive, mais qui est aussi quelquefois le résultat d'une anomalie des os qui leur livrent passage.

Dans plusieurs des autopsies faites par M. Niepce, l'artère cérébrale antérieure et l'artère basilaire présentaient une étroitesse surprenante ; de même dans trois cas de crétinisme endémique observés dans la vallée d'Aoste les artères vertébrale et basilaire étaient extrêmement petites (*Rapport de la Commission sarde*, p. 204) ; j'ai vu moi-même sur le crâne d'une idiote, chez qui d'ailleurs le cerveau était très petit et les deux hémisphères inégaux, j'ai vu, dis-je, les deux trous carotidiens, le droit surtout, présenter une étroitesse extraordinaire. L'épaississement précoce des os de la base du crâne ne peut-il pas amener ce résultat ? Ne pourrait-on pas admettre que l'état des artères cérébrales joue un grand rôle sur la production des compensations destinées à corriger autant que possible les lésions résultant d'une déformation de la base du crâne, par suite de la pression que le cerveau en se développant d'une manière active exerce sur les différentes parties de la boîte crânienne ? N'est-il pas possible d'admettre, par exemple, que le développement du cerveau étant moins énergique alors que les artères qui le nourrissent sont très étroites, ces dilatations compensatrices du crâne seront plus faibles aussi ?

§ 163. — De même que les diverses maladies du cerveau et de ses membranes qui surviennent pendant la vie intra-utérine ou dès l'enfance ont pour résultat de s'opposer au complet développement du cerveau, de même tous les troubles de l'intelligence qui peuvent survenir chez l'enfant ont pour effet d'apporter un obstacle au développement ultérieur de l'esprit. Ces troubles survenus du côté de l'intelligence se

traduisent par des anomalies qui peuvent atteindre toutes les facultés mentales. Ces anomalies sont loin d'être toujours identiques chez tous les idiots; on devrait pour chacun en particulier rechercher et découvrir dans quel sens le mécanisme de l'intelligence a été enrayé. Nous nous bornerons toutefois à étudier d'une manière générale les troubles intellectuels que l'on observe dans l'idiotie.

Anomalies de la faculté de penser. — Dans l'idiotie profonde, les impressions sensoriales ne produisent que très peu d'idées; celles-ci sont si passagères et superficielles, qu'elles s'effacent promptement sans donner lieu au travail d'abstraction, de sorte que ces individus n'ont guère que des idées matérielles, isolées, déterminées par les impressions sensoriales. Il n'y a chez eux ni production spontanée d'idées, ni, — phénomène involontaire chez les individus à l'état normal, — ce mouvement et cette élaboration des idées, cet enchaînement de la pensée qui fait que nous avons conscience de la possession psychique de notre *moi*. Ils sont incapables de coordonner leurs idées, de les saisir et de les fixer à mesure qu'elles se produisent; ils n'ont ni déterminations, ni jugement, ni rien en un mot de ce qui constitue le *moi;* ils ne sont pas susceptibles d'attention, de réflexion, ils n'ont ni mémoire, ni spontanéité intellectuelle. Enfin dans les cas extrêmes il n'y a plus trace d'individualité mentale, plus rien que l'on puisse même comparer au *moi* de l'homme sain.

Ces défectuosités de l'intelligence ne se manifestent pas toujours de la même manière; tous les idiots ne se ressemblent pas, quelquefois même ils diffèrent totalement les uns des autres : chez l'un telle faculté est détruite, tandis que chez l'autre elle n'a jamais existé; celui-ci ne perçoit pas les impressions sensoriales, celui-là les perçoit, mais sans qu'elles déterminent l'abstraction des idées, etc. Il y a des idiots chez qui l'on n'observe jamais une manifestation bien caractérisée de l'activité mentale; pauvres êtres que la nature a traités en marâtre, ils n'ont conscience ni du monde, ni du temps, et passent leur vie dans un état de rêve profond, complétement étrangers à tout ce qui se fait autour d'eux, et ne donnent d'autre signe spontané de l'intelligence, que d'avaler les aliments qu'on leur met dans la bouche. L'animal a conscience du monde extérieur, il est complet dans son organisation spécifique, il peut à sa manière exprimer ses impressions, ses sensations, ses penchants ; combien le pauvre idiot est au-dessous de ces animaux, sans pourtant que l'on puisse dire qu'il est déchu de l'humanité! — Beaucoup d'idiots n'ont pas encore une idée bien nette de leur propre individualité, ils ne pensent pas et ne font aucun effort pour parler même par gestes, cependant il pénètre déjà dans leur état de rêve une certaine perception du monde extérieur, ils savent au moins s'y orienter un peu; ainsi il n'est plus

besoin de leur ôter les doigts de la bouche pour qu'ils ne se mordent pas, ils les retirent eux-mêmes, ils reconnaissent leurs gardiens, ils s'aperçoivent des préparatifs du repas, etc.; ces idiots éprouvent le besoin de faire quelques mouvements musculaires, qu'ils exécutent du reste de la façon la plus uniforme (1), enfin de temps en temps ils semblent comprendre mécaniquement quelques mots, ou un ordre qu'ils exécutent d'une façon automatique; du reste ils ne font rien de tout cela comme les autres enfants, ils ne regardent pas la personne qui leur parle, leur physionomie reste impassible. — Au-dessus de ces types de dégradation complète il y a une foule innombrable de degrés et de nuances d'amélioration progressive : on voit ces individus avoir de plus en plus conscience du monde extérieur, ils ont un certain fonds de connaissances et un *moi*, mais tout cela ne fonctionne encore que d'une façon très élémentaire. — Il est extrêmement remarquable de voir quelquefois l'excitation provoquée par une douleur ou une maladie aiguë (2) déterminer des manifestations intellectuelles, une activité de l'esprit qui jusque-là étaient restées cachées ou qui semblaient même ne pas exister; c'est là un fait très curieux, et qui nous apprend que chez quelques idiots à l'état ordinaire la réceptivité intellectuelle est plus grande qu'on ne le pensait, et que, s'ils ne peuvent manifester leurs impressions, celles-ci n'en laissent pas moins quelques traces dans leur esprit.

Un fait capital que l'on retrouve dans tous les cas d'idiotie profonde, c'est l'absence complète de la parole : ils ne font jamais le moindre effort pour parler, ou bien la parole est extrêmement imparfaite; c'est ce que l'on appelle le mutisme des idiots (qui chez eux ne tient pas à l'absence de l'ouïe). Ce mutisme provient, soit de ce que l'idiot n'a pas d'idées, soit de ce que les idées chez lui ne déterminent pas les mouvements réflexes qui mettent en jeu le mécanisme de la parole; dans le premier cas l'idiot n'a rien à dire, dans le second il n'éprouve pas le besoin de parler. L'idiot qui ne parle pas n'a pas la notion intérieure de la parole, il est privé de l'élément essentiel du mécanisme de l'abstraction.

Il y a une telle relation entre la parole et l'imagination, la parole est tellement nécessaire aux progrès de l'éducation, que la classification des

(1) Je connais un garçon de quatorze ans, un peu macrocéphale, mais d'ailleurs bien fait, qui depuis des années ouvre et ferme un tiroir de commode et agite deux clefs pendant toute la journée, et recommence tous les jours.

(*Note de l'auteur.*)

(2) Voyez Niepce, *Comptes rendus*, etc., 1853, n° 16. Il s'agit d'un idiot qui ne pouvait articuler que quelques mots et qui, étant devenu hydrophobe, se mit à parler de choses qui lui étaient arrivées plusieurs années auparavant et auxquelles, à cette époque, il n'avait paru prendre aucune part.

(*Note de l'auteur.*)

idiots basée sur la faculté plus ou moins grande qu'ils ont de parler me paraît une des plus justes que l'on puisse établir.

Plus le degré d'idiotie est faible, plus les idées sont nombreuses, plus aussi l'individu est susceptible de jugement et de déterminations. Toutefois il ne possède pas encore cette promptitude d'association et de combinaison des idées qui fait que le travail d'abstraction se produit sans effort et sans fatigue à moins d'être longtemps prolongé ; l'esprit ne réagit que très lentement, encore faut-il que les impressions soient fortes ; de là vient l'indifférence des idiots pour beaucoup de choses du monde extérieur, et leur nonchalance, leur insouciance perpétuelle ; les impressions sensoriales ne les émeuvent pas, ils n'ont pour ainsi dire pas de spontanéité. Un examen attentif fait reconnaître les différences de leur intelligence ; chez quelques-uns elle est tellement spéciale, qu'elle n'est pas accessible aux moyens ordinaires d'éducation.

A mesure que les facultés intellectuelles sont plus développées, ou si l'on veut, à mesure que le fonctionnement cérébral qui préside à la faculté de penser s'accomplit d'une façon plus régulière, les conceptions et les idées sont plus nombreuses, la parole est plus nette, l'idiot peut même lire et écrire, il entre davantage en relation avec le monde extérieur. Mais il ne peut encore avoir plusieurs idées à la fois, les idées ne peuvent pas encore se succéder rapidement, le jugement est obscur, incertain, l'intelligence est lente et superficielle. La mémoire est le seul côté par lequel ces individus soient accessibles à l'éducation, et encore ce que l'on peut obtenir de mieux, c'est qu'ils satisfassent à peu près par leurs pensées et par leurs actes aux convenances de la vie ordinaire, c'est qu'ils se rendent un peu utiles pour toutes les choses qui demandent plutôt une simple imitation que de l'initiative.

Les aptitudes spéciales que l'on observe chez certains idiots, les talents que quelques-uns d'entre eux possèdent même à un certain degré de perfection, sont plutôt instinctifs qu'intelligents, ils ressemblent assez aux instincts des animaux. Chez ces idiots il se développe un certain cercle d'idées qui viennent assez vite et sans fatigue, et en même temps apparaissent les moyens de manifester et d'exprimer ces idées (talent de mécanique, de musique, d'arithmétique, de dessin, mémoire des mots, etc.). On n'observe jamais ces aptitudes spéciales dans l'idiotie accidentelle succédant à une maladie du cerveau chez un enfant qui jouissait auparavant de toute son intelligence, ce n'est que dans l'idiotie héréditaire ou endémique qu'on les observe.

Dans le bel asile d'idiots d'Earlswood, à Londres, j'ai vu un jeune homme qui avait fait tout seul un modèle remarquable d'un vaisseau de guerre ; cet individu avait un esprit très borné, en particulier il n'avait aucune idée des nombres. — Il est plus fréquent de voir des individus

plongés dans une idiotie profonde exécuter d'assez bons travaux de dessin ou de peinture ; naturellement ce n'est chez eux qu'un talent mécanique. M. Morel (*Études cliniques*, t. I, p. 49) parle d'un idiot qui ne prononçait pas un mot et qui avait un talent remarquable sur le tambour ; son grand-père avait été tambour-major, son père avait été tambour et son frère avait toujours le désir de se faire lui-même tambour. La mémoire des lieux, qui est quelquefois très développée chez certains idiots d'ailleurs à peu près nuls, se rapproche un peu de ces talents spéciaux.

Il ne serait pas très juste, je crois, de vouloir conclure du degré de l'affaiblissement intellectuel à la gravité de la maladie cérébrale ; l'entourage, les conditions sociales au milieu desquels se trouve l'enfant, ont aussi très souvent une énorme influence sur le développement de l'intelligence. Chez les enfants dont on prend soin, dont on s'occupe beaucoup, dont on dirige bien l'esprit, les maladies du cerveau n'amènent pas les mêmes résultats que chez ceux dont l'éducation est complétement négligée, dont l'intelligence n'est pas cultivée. Même dans les pays de crétins, ceux qui sortent de la maison, qui vont à droite et à gauche se promener et mendier dans les hameaux, sont plus intelligents que ceux qui restent constamment enfermés.

§ 164. — *Anomalies du sens intime, des penchants et de la volonté.* — En général, l'état de ces facultés correspond exactement au degré d'affaiblissement de l'intelligence, cependant même dans les cas d'idiotie profonde nous retrouvons toujours une série assez considérable de phénomènes psychiques, je veux parler des sensations qui proviennent du corps, et des impulsions de mouvement qu'elles déterminent. Chez les idiots les plus profonds les mouvements de joie ou de tristesse (colère, etc.) sont provoqués par des sensations physiques, ou bien ils paraissent n'être motivés par rien et être le résultat immédiat de modifications insaisissables survenues dans l'état du cerveau et du système nerveux. Le genre habituel qu'affectent ces dispositions d'esprit chez les individus atteints d'idiotie profonde nous donne déjà une idée de l'humeur de chacun, de ce que l'on peut appeler leur caractère. Sous ce rapport, on peut, chez les idiots profonds, distinguer des degrés extrêmes : d'un côté ceux qui sont toujours sombres, lugubres, vraiment terribles, sans cesse enclins à une férocité sauvage, et de l'autre côté ceux qui, avec une nullité intellectuelle absolue, sont toujours gais et joyeux, dont la figure est toujours souriante et les yeux empreints de bonne humeur. — Dans l'idiotie profonde, les efforts et les déterminations sont toujours instinctifs, ils sont provoqués surtout par le besoin de nourriture ; le plus souvent ils ont le caractère d'actions réflexes dont l'individu a à peine conscience. Certaines idées simples qui persistent peuvent encore provoquer des efforts et des

mouvements, tels sont par exemple ceux qui ont du plaisir à jouer toujours avec de petits morceaux de papier, etc. On comprend que ces actes ne sont pas le résultat de la volonté, que les idiots ne s'y livrent pas de propos délibéré ; il n'y a plus chez eux de *moi*, ou à peine en subsiste-t-il quelques traces, et souvent lorsqu'on voit ces individus agir, je ne parle pas même ici de ceux qui sont plongés dans l'idiotie la plus profonde, on en est à se demander : « Y a-t-il en eux quelque chose qui représente la volonté ? — Qu'est-ce qui peut vouloir en eux ? »

Chez beaucoup d'idiots de cette dernière classe, la seule chose qui paraît mettre un peu leur esprit en mouvement, c'est de manger ; les idiots les plus profonds ne manifestent ce besoin que par de l'agitation, des grognements, etc. ; ceux chez qui la dégénérescence est moins profonde remuent un peu les lèvres et les mains, ou bien ils pleurent jusqu'à ce qu'on leur donne quelque chose ; c'est ainsi qu'ils expriment qu'ils *veulent* manger. — Chez les idiots profonds, on voit aussi survenir quelquefois des changements d'humeur brusques, que rien ne motive, par exemple leur figure exprime l'anxiété, ou bien ils se montrent récalcitrants, ou bien tout à coup ils manifestent de la répugnance pour un jeu qu'ils affectionnaient habituellement ; ils se mettent en colère contre ce jeu, etc., et souvent cette colère se traduit par des actes de violence, ils égratignent, ils frappent autour d'eux, ils mordent, enfin cela peut aller quelquefois jusqu'à constituer un véritable accès de manie. — On observe parfois aussi des actes bizarres, des mouvements capricieux du caractère que l'on ne peut pas comprendre ; ainsi il y en a qui manifestent une grande joie à la vue d'un morceau de papier, ou bien ils témoignent à un enfant une affection pleine de tendresse, tandis que d'ordinaire ils semblent ne faire attention à rien ; d'autres fois on verra un idiot qui est généralement doux et de bonne humeur, sévir contre lui-même s'il vient à tomber malade, et se frapper la tête contre les murs, etc.

Dans l'idiotie légère, le fond du caractère est l'inconstance et l'obtusion des sentiments et la faiblesse de la volonté ; l'humeur de ces individus dépend de leur entourage et des traitements dont ils sont l'objet. Quand on a bien soin de ces enfants, comme on le fait dans les asiles, ils sont le plus souvent dociles, obéissants, gais et sociables ; ils sont au contraire méchants et malicieux quand on les maltraite. Chez quelques-uns on observe habituellement une disposition mélancolique, chez d'autres une surexcitation constante. — Dans les pays où le crétinisme est endémique, les idiots doux et dociles sont plus rares. — Les degrés élevés de l'idiotie se distinguent encore par une grande obtusion des sentiments affectifs : ces individus sont peu sociables entre eux, ils se repoussent les uns les autres ; les demi-crétins même « dont la bonté dépend non pas de » la tête, ni du cœur, mais bien de l'estomac » (Maffei), sont tous inca-

pables d'une affection sérieuse, ils n'ont même pas les véritables sentiments humains, ils sont durement égoïstes, leur penchant pour la paresse ne peut être vaincu que par la violence ou par la perspective d'une jouissance.

§ 165. — Les *anomalies des sens et du mouvement* que l'on observe chez un très grand nombre d'idiots sont extrêmement importantes à étudier. Dans l'idiotie profonde il y a presque toujours des anomalies des sens, toujours et sans exception il y a des anomalies du mouvement; elles existent à des degrés variables et le plus souvent dépendent immédiatement d'un état pathologique du système nerveux central. — La vue est généralement bonne, ou, si elle est altérée, c'est plutôt par suite de maladies internes de l'œil qui ont amené de l'amblyopie, que par le fait de la maladie cérébrale. Le strabisme à différents degrés est très fréquent. — L'ouïe est souvent faible, mais il est très difficile d'établir si cela tient à une lésion de cette fonction ou au défaut d'attention du malade. — Le goût et l'odorat sont généralement imparfaits (les masses olfactives sont souvent incomplétement développées); rarement on voit les idiots flairer les choses comme les animaux et repousser celles dont l'odeur est mauvaise, un grand nombre d'entre eux semblent même tout à fait indifférents aux impressions de l'odorat. Il en est de même du goût; aussi voit-on souvent les idiots porter à leur bouche les choses les plus sales, des orties, des matières fécales, etc. D'autres ont une invincible répugnance pour certains aliments, par exemple pour la viande, ils ne veulent que du lait et du pain, etc. — La sensibilité de la peau est souvent très obtuse, les lésions de la peau ne s'accompagnent d'aucune douleur; l'anesthésie très étendue de la peau est un fait extrêmement fréquent. Toutefois cela ne s'observe que chez les idiots profonds; chez beaucoup de demi-idiots, ou d'individus simplement *arriérés*, la sensibilité est au contraire conservée; l'ouïe chez eux est ordinairement faible.

Les anomalies du mouvement consistent en convulsions, contractures et paralysies. — Les convulsions sont tantôt limitées, par exemple aux orteils, à un bras ou à une jambe, tantôt plus générales, et quelquefois même elles ressemblent à la chorée. Mais les plus graves de toutes sont les convulsions épileptiformes, qui constituent un phénomène extrêmement sérieux au point de vue du pronostic de l'idiotie, et qui sont si fréquentes chez les idiots profonds. Très souvent les affections aiguës du cerveau qui surviennent à une époque plus ou moins rapprochée de la période de dentition déterminent l'épilepsie et en même temps l'idiotie; il y a des cas où pendant des années ces convulsions épileptiques se reproduisent chaque jour. Évidemment l'épilepsie n'est le plus souvent qu'un symptôme de la maladie de l'appareil nerveux central qui entrave le développement intellectuel; elle peut se manifester en même temps que

l'idiotie, mais quelquefois aussi elle ne survient que longtemps après celle-ci (c'est dans quelques cas à l'époque de la puberté). Mais certainement aussi il est des cas où ces deux groupes de symptômes ont entre eux d'autres relations, où l'épilepsie est la maladie primitive et principale, et dans lesquels l'affaiblissement intellectuel doit être considéré comme étant seulement la conséquence de l'ébranlement profond et de l'épuisement des fonctions du cerveau résultant des attaques fréquentes d'épilepsie. C'est ainsi que l'on voit quelquefois aussi chez l'adulte les accès d'épilepsie, les premiers surtout, amener un affaiblissement qui dure quelques jours, un dérangement général mais passager dans les actes de l'intelligence (1). — Les contractures sont le plus souvent partielles, contracture des orteils, des muscles sterno-mastoïdiens, pied bot spasmodique, etc.; quelquefois c'est le genou qui est contracturé à tel point que le talon vient comprimer la fesse. — Les phénomènes de paralysie sont beaucoup plus fréquents. Un grand nombre d'idiots profonds ne peuvent ni marcher, ni se tenir debout, les membres inférieurs sont engourdis ou roides et atrophiés, et souvent ils sont en même temps le siége de mouvements convulsifs; quelquefois les phénomènes d'atrophie s'accompagnent dès le jeune âge d'atrophie graisseuse, le membre reste petit, il est froid et violacé, comme cela se voit dans la « paralysie des enfants » (Heine), et l'on peut alors voir se produire toutes les formes possibles de paralysie partielle, pied bot paralytique, etc. Dans l'idiotie profonde, un certain nombre de ces paralysies sont le résultat même de la maladie du cerveau, mais quelquefois aussi elles sont dues à une affection coexistante de la moelle épinière (atrophie). La contractilité électrique est très limitée chez ces individus (Zuradelli, 1860). Dans les cas légers d'idiotie, chez les demi-crétins par exemple, on observe fréquemment aussi, non-seulement une faiblesse générale du corps, une incertitude de la marche, une maladresse surprenante des mains, mais encore on voit des signes d'affections spasmodiques et paralytiques des muscles, on trouve quelquefois des groupes entiers de muscles incomplétement développés ou atrophiés, dans certains cas même c'est toute une moitié du corps.

L'étude des mouvements automatiques et de l'habitus extérieur du

(1) J'ai déjà exprimé cette opinion dans le douzième rapport annuel sur l'asile de Mariaberg, Tübingue, 1859. Quand on a réussi par un traitement appliqué dès le début à triompher de l'épilepsie, on peut espérer que l'idiotie s'améliorera aussi; la dégradation intellectuelle devient au contraire promptement incurable chez les enfants lorsque les attaques épileptiques continuent à se renouveler fréquemment. Je parlerai dans un autre ouvrage de l'épilepsie, sur laquelle j'ai été à même, dans ces dernières années, de faire de nombreuses observations.

(*Note de l'auteur.*)

corps, surtout dans l'idiotie profonde, est très intéressante. Dans ces manifestations si faibles et souvent si singulières d'une intelligence complétement avortée, il y a quelque chose qui provoque l'observateur, un problème dont on ne peut s'empêcher de chercher la solution. — Nous voyons certains idiots balancer constamment leur corps en s'accompagnant d'un chant monotone, de sons formant une espèce de cadence; d'autres branlent toujours la tête, se lèchent constamment les doigts, battent souvent des mains, frappent violemment contre les murs, soufflent ou font du bruit avec leur bouche, etc. Une chose tout à fait singulière et que font souvent les idiots, c'est de porter leur main vers l'angle de l'un des yeux, ils se frottent l'œil, le compriment ou le poussent (peut-être est-ce pour se procurer de la diplopie?). — Les traits du visage et le maintien chez les idiots profonds expriment la nullité complète de leur intelligence; ils rient et pleurent alternativement sans motif, mais ces changements dans la physionomie ne sont que superficiels, la figure reprend bientôt son état de calme habituel, comme la surface d'une eau stagnante à peine effleurée par un léger souffle qui se calme aussitôt.

Chez beaucoup d'idiots les fonctions sexuelles manquent complétement, les parties génitales sont petites, les règles ne s'établissent que très tard, après vingt ans, quelquefois même elles manquent complétement; cependant il n'est pas rare de voir survenir des cas même d'idiotie extrême chez des jeunes filles réglées à l'âge ordinaire et d'une façon assez régulière; enfin on voit souvent chez les idiots profonds de mauvaises habitudes sexuelles qui affaiblissent et détruisent bientôt complétement les derniers vestiges de l'intelligence. — Dans les cas d'idiotie moyenne les fonctions sexuelles présentent de grandes différences, mais en général elles sont plutôt diminuées ou même supprimées qu'elles ne sont exagérées. Il n'est pas rare, il est vrai, de voir des demi-crétines qui conçoivent, mais tout ce que l'on a dit de la surexcitation des instincts sexuels chez les idiots est faux et basé uniquement sur les actes éhontés que commettent quelques individus à demi crétins.

La langue est souvent épaisse, charnue, pendante entre les dents, la salivation est abondante, les dents sont inégales, difformes, se carient et tombent de bonne heure; tout cela est fréquent chez les idiots de tous les degrés.

§ 166. — Jusqu'ici, pour tracer la symptomatologie de l'idiotie, on s'est borné à énumérer les traits les plus généraux pris au hasard parmi un grand nombre de malades appartenant à toutes les catégories de cette dégénérescence; nous donnerons ici quelques points de repère qui permettront de s'orienter au milieu des symptômes si variés et si multiples que présentent ces individus.

Dans tous les cas d'idiotie on peut facilement distinguer deux formes fondamentales qui, à leurs degrés extrêmes, diffèrent essentiellement entre elles, mais qu'il est souvent assez difficile de préciser quand la dégénérescence est peu profonde : ce sont la forme apathique (torpide, stupide) et la forme agitée (versatile). — Les idiots profonds de la première catégorie ont souvent une taille lourde, massive, mal proportionnée, leurs traits sont épais et plus vieux que ceux de leur âge ; la lourdeur de leurs mouvements, l'état de passivité, de stupidité dans lequel ils se trouvent constamment et dont rien ne peut les tirer, font qu'ils ont toujours l'air plongés dans un état de somnolence ; beaucoup d'entre eux ont un aspect sombre, mélancolique ; d'autres, au contraire, ont la physionomie absolument indifférente, ils ont l'air de ne penser à rien, leur intelligence est complétement muette. — Les idiots du deuxième genre sont rarement très difformes, mais ordinairement ils sont moins développés que leur âge ne le comporterait, parfois même ils sont bien proportionnés et bien faits, ils sont fins et délicats. Ils sont remuants, agités, vifs, irritables, se laissent promptement aller à leurs impressions, mais ils sont extrêmement distraits et complétement incapables de se fixer à la moindre chose. On est souvent étonné, quand on voit l'air vif et enjoué de ces enfants, de découvrir qu'ils ne disent pas un mot et qu'ils ne comprennent rien. Dans quelques cas ils sont tellement excités et turbulents, ils se remuent, sautent de tous côtés, gesticulent, rient, pleurent et crient de telle façon pendant toute la journée entière, que cela constitue un véritable état maniaque. — Toutefois les cas extrêmes sont plus rares dans cette forme agitée que dans la forme apathique ; enfin les enfants de cette dernière catégorie sont moins susceptibles d'éducation que ceux qui sont légèrement agités.

En dehors de ces deux groupes principaux, il faut encore admettre plusieurs variétés bien tranchées, basées sur l'habitus extérieur et sur certaines particularités de l'intelligence. Ce sont les suivantes :

1° Enfants bien développés pour leur âge, bien proportionnés, jouissant d'une bonne santé, à la physionomie généralement avenante, mais ordinairement un peu macrocéphales. Le développement intellectuel est quelquefois à peu près nul, ou bien il peut faire des progrès variables ; ces enfants sont le plus souvent modérément agités, cependant on en voit qui sont apathiques, qui ne font que des mouvements lents, comme automatiques, ou qui ont les membres inférieurs faibles. — Ces cas sont toujours sporadiques, et d'ailleurs assez rares, de plus ils semblent être le résultat d'affections cérébrales tout à fait accidentelles survenant chez des enfants antérieurement bien portants et bien développés, sans qu'il y ait aucune disposition héréditaire, sans qu'il y ait là aucun élément de dégénérescence, aucune influence miasmatique, etc. Le développement

du corps continue à se faire d'une façon convenable et régulière malgré la maladie cérébrale.

2° Enfants chez qui simplement le développement physique et intellectuel est resté beaucoup en retard. Les cas extrêmes de ce genre offrent un très grand intérêt, les individus offrent un arrêt complet de développement, leur esprit et leur corps semblent être restés à l'âge où la maladie est survenue, ils présentent tous les caractères de cet âge, mais il n'y a pas chez eux de difformité ni de dégénérescence considérable. Ces cas sont l'opposé direct d'un autre extrême fort remarquable, d'un développement rapide et exagéré du corps; on voit quelquefois des enfants de quatre à cinq ans, ou même plus jeunes encore, qui présentent déjà un développement physique considérable et chez qui la puberté s'est déjà établie. On peut admettre au moins pour un certain nombre de cas que, de même que l'arrêt de développement d'une moitié du corps est le résultat de l'atrophie de l'hémisphère cérébal opposé, de même la maladie s'étendant à tout le cerveau entraîne un arrêt de développement de tout le corps. Toutefois ces faits demandent à être étudiés de nouveau.

M. Dancel (*Acad. des sciences*, 1837 et 1843) a rapporté le fait d'une fille de vingt-quatre ans qui jusqu'à l'âge de trois ans et demi s'était développée normalement et qui à partir de cet âge s'arrêta tout à coup; à dix-huit ans et demi elle n'avait que 94 centimètres, et son état mental était celui d'un enfant de trois ans et demi. A vingt et un ans elle grandit un peu et atteignit 96 centimètres; depuis lors elle resta dans cet état. — M. Baillarger a présenté à l'Académie de médecine (mai 1857) une fille de vingt-sept ans qui avait l'intelligence et les goûts d'un enfant de quatre ans; elle avait à peu près 1 mètre de hauteur et était très grasse; la seconde dentition avait commencé chez elle à dix-huit ans, et à vingt-sept ans elle n'était pas encore terminée; les règles n'avaient pas encore apparu à cet âge. — Je connais encore un autre fait remarquable d'un enfant chez lequel, à la suite d'un coup sur la tête, le développement qui jusque-là avait été normal s'arrêta complétement (1).

(1) Dans les contrées où règnent le goître et le crétinisme, on trouve un assez grand nombre de ces arrêts de développement dont l'étude offre en effet un très grand intérêt. J'ai désigné cet état sous la dénomination d'*asthénogénie*. Les asthénogènes présentent d'ailleurs des types très différents. Il en est qui n'ont aucune difformité spéciale, chez d'autres en plus grand nombre on constate tous les caractères du type crétin; de là, une asthénogénie *simple* et une asthénogénie *crétineuse*.

Les asthénogènes sont surtout curieux à étudier au point de vue intellectuel et moral. Ils conservent jusqu'à un âge déjà avancé tous les caractères des très jeunes enfants. En général, ils sont doux, affectueux, faciles à diriger. Ces carac-

Mais si les cas extrêmes de ce genre sont très rares, au contraire rien n'est plus fréquent que de voir un arrêt modéré de développement : c'est la catégorie très nombreuse des *enfants arriérés*, qui présentent ceci de particulier que, sans difformité très prononcée, sans qu'il y ait aucun signe d'affection cérébrale grave, leur développement physique et intellectuel ne se fait qu'avec une lenteur extraordinaire. Ces individus restent toujours petits, les fonctions sexuelles chez eux ne se développent que tardivement, quelquefois même pas du tout; souvent à vingt ans ils ont l'air d'enfants de dix à douze ans; ils peuvent être bien proportionnés malgré cela, mais souvent aussi ils présentent quelque vice de conformation; leurs traits sont laids, la physionomie lourde et épaisse, ils ont la racine du nez enfoncée, ils louchent et ont l'oreille dure. Sous le rapport de l'intelligence, ces enfants diffèrent des vrais idiots en ce qu'ils sont plus susceptibles que ceux-ci d'éducation et même d'instruction, toutefois leurs progrès sont toujours très longs. Ils mettent plus de temps que les autres enfants pour apprendre à marcher, à parler, à lire, ils ne peuvent s'occuper de plusieurs choses à la fois, ni par conséquent établir de comparaisons, ils font assez bien les choses qui ne demandent que de la mémoire et de l'imitation ; toutefois ils ne font des progrès qu'à la condition qu'on s'occupe beaucoup d'eux. C'est là ce que l'on appelle pompeusement dans les asiles des exemples de guérison de l'idiotie. Lorsque

tères doivent être opposés à ceux de beaucoup d'idiots qui se font remarquer par leurs emportements et leur résistance opiniâtre à tout ce qu'on veut leur faire faire.

Les asthénogènes, dans les contrées où le goître est endémique, en sont très rarement atteints. Cette absence de goître s'explique chez eux par l'absence de puberté. On sait, en effet, que le développement anormal de la glande thyroïde est lié d'une manière assez étroite à l'évolution des organes génitaux. C'est ce qui explique comment dans les mêmes contrées les idiots chez lesquels le corps acquiert tout son développement deviennent presque tous goîtreux.

L'*asthénogénie* est caractérisée par le développement incomplet, irrégulier et le plus souvent très lent de tout l'organisme.

Elle consiste essentiellement dans la prolongation indéfinie des caractères propres à l'enfance.

Elle ne diffère en cela de l'idiotie, dont le caractère est, comme on le sait, l'arrêt de développement de l'intelligence, mais avec développement du reste de l'organisme. Il y a des idiots qui deviennent forts et robustes et chez lesquels la puberté s'établit d'une manière complète et à l'âge ordinaire.

L'*asthénogénie* et l'*idiotie* sont donc deux états différents et qu'il importe de bien distinguer. Sans doute beaucoup d'idiots ont des signes d'arrêt de développement du corps et se rapprochent ainsi des asthénogènes; mais ces cas intermédiaires, bien que très nombreux, ne suffisent pas pour qu'on laisse confondus des types aussi distincts. (B.)

ces sujets ont des attaques d'épilepsie, qu'ils se livrent à l'onanisme, ou qu'on ne s'en occupe pas comme il convient, leur intelligence s'affaiblit et ils ne tardent pas à tomber dans l'idiotie complète.

Parmi cette catégorie très nombreuse d'enfants arriérés, on trouve certains types particuliers au point de vue physique et moral, tels sont, par exemple, des enfants qui restent si petits que ce sont de véritables nains, ils ont les formes rondes, les mouvements lents et nonchalants; leur physionomie est douce et avenante; ces petits êtres ont parfois quelque chose de drôle et de plaisant dans leur tenue, dans leurs manières, mais ils sont très capricieux comme des enfants; ils sont susceptibles d'instruction, mais c'est à la condition qu'on s'occupe d'eux d'une façon très suivie et très affectueuse, sans quoi leur intelligence s'affaisse promptement. — Une catégorie extrêmement dangereuse est celle des enfants idiots qui naissent avec de mauvais instincts, qui sont méchants, cruels, voleurs, ivrognes, etc., et que rien ne peut impressionner : quand leur intelligence est assez bonne pour qu'on puisse les laisser vivre dans la société, ces individus fournissent plus tard un nombreux contingent aux prisons et aux bagnes. Cet état, chez certains individus, est évidemment héréditaire et ne ressemble en rien aux mauvais penchants qui, chez d'autres enfants, se développent par le fait du mauvais exemple des parents.

3° Forme synosto-basilaire, type crétinien dans le sens propre du mot. Les degrés extrêmes de cette forme ne se rencontrent que dans les pays où le crétinisme est endémique, et surtout dans les pays de montagnes, et même dans ces contrées, ils semblent être généralement plus rares aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois; on retrouve encore, même dans les cas modérés, la laideur des traits et les vices de conformation caractéristiques du crétinisme. La tête est généralement grosse et disproportionnée, la figure est plus vieille que ne le comporte l'âge du sujet, le corps est petit, ramassé, boursouflé: les lèvres sont épaisses, les paupières saillantes et bouffies; le nez est large et profondément enfoncé à sa racine, la peau du corps et le tissu cellulaire sous-cutané sont quelquefois hypertrophiés; enfin, ordinairement ils sont goîtreux ; dans les cas de crétinisme extrême, à peine retrouve-t-on chez ces individus des formes humaines. L'intelligence est dans un état de torpeur et d'apathie complètes, ils ne pensent absolument à rien, ils sont complétement stupides; ne disent rien et ont de temps à autre des accès de colère sauvage. Peut-on, doit-on considérer ces états comme de véritables monstruosités (Rösch, Virchow)? Je ne le pense pas, car souvent ce n'est qu'après la naissance qu'ils se développent, et, dans les cas où l'affection n'est pas très profonde, l'amélioration n'est pas impossible (voy. § 169).

4° Une forme complétement opposée à la précédente, et que l'on peut désigner sous le nom de *type des Aztèques*. Ce sont des microcéphales dont

le corps reste très petit, mais bien proportionné, élancé, parfois même élégant de formes; la racine du nez, chez ces individus, est le plus souvent élevée, elle forme une ligne droite avec le front. Ces petits êtres sont doués d'une extrême vivacité, ils se meuvent comme des oiseaux, leurs mouvements sont bien coordonnés; ils sont gais, facilement impressionnables, curieux, mais très capricieux, peu susceptibles d'attention; leur intelligence est très faible; cependant quelques-uns d'entre eux parlent d'une façon assez méthodique. L'examen très intéressant auquel s'est livré M. Gratiolet lui a permis de constater que, chez ces êtres, le crâne était très petit, les os épais, et les sutures de la voûte étaient ossifiées; au contraire, la base du crâne était peu ossifiée, les os de la base encore presque entièrement cartilagineux, le rocher et l'ethmoïde étaient un peu plus gros qu'à l'état normal, l'espace destiné au cervelet était énorme en tous sens. Le cerveau de ces microcéphales présente quelquefois moins de circonvolutions qu'on n'en voit dans le cerveau de l'ourang-outang ou du chimpanzé; le cervelet est très volumineux, ainsi que la moelle allongée et la moelle épinière; il en est de même des organes des sens et de leurs nerfs. L'état des circonvolutions montre que cette dégénérescence est survenue dès avant la naissance. Le développement, parfois exubérant, des parties spinales du cerveau relativement à celui des hémisphères, qui accompagne la dilatation compensatoire de la base du crâne, se traduit par une anomalie particulière des fonctions; ces anomalies sont précisément le contraire de ce que l'on voit dans les cas de raccourcissement de la base du crâne. — Les cas où le type aztèque est porté à ses limites extrêmes sont rares; mais, dans la plupart des asiles d'idiots, on trouve des enfants qui présentent cette dégénérescence dans des limites modérées; ces enfants rappellent sous plus d'un rapport la physionomie des oiseaux; leur tête est grêle, basse ou courte, leur nez est pointu, sa racine est très élevée, enfin leurs yeux sont toujours en mouvement.

5° Il y a des idiots qui ressemblent d'une manière extraordinaire à certaines espèces animales, par leur physionomie, leur maintien et leurs actes. Il y en a, par exemple, qui ressemblent tout à fait à des singes (microcéphalie très prononcée); d'autres ont quelque ressemblance avec le cochon; le fait suivant observé par Pinel offre un exemple curieux et rare de cette ressemblance avec une espèce animale (Pinel, *Traité médico-philosophique*, etc., p. 182) : « Une jeune idiote de onze ans, » par la forme de sa tête, ses goûts et sa manière de vivre, semblait » se rapprocher de l'instinct d'une brebis. Elle marquait une répu» gnance particulière pour la viande et mangeait avec avidité les sub» stances végétales; elle ne buvait que de l'eau; elle témoignait à sa » manière une vive reconnaissance pour tous les soins que la fille de

» service lui prodiguait ; ces démonstrations de sensibilité se bornaient » à prononcer ces deux mots, *bé*, *ma tante*, car elle ne pouvait » proférer d'autres paroles ;... elle avait aussi coutume d'exercer des » mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la tête, en appuyant, » à la manière des brebis, cette partie contre le ventre de la même fille » de service en témoignage de sa gratitude. Elle prenait la même attitude » dans ses petites querelles avec d'autres enfants de son âge, qu'elle cher- » chait à frapper avec le sommet de sa tête inclinée..... On n'a jamais » pu parvenir à la faire asseoir sur une chaise pour prendre du repos ou « pour faire ses repas, et elle dormait le corps roulé et étendu sur la » terre, à la manière des brebis. Tout son dos, ses lombes et les épaules » étaient couverts d'une sorte de poil flexible et noirâtre, long d'un pouce » et demi à deux pouces, et qui se rapprochait de la laine par sa finesse ; » ce qui formait un aspect très désagréable..... »

En poursuivant dans les asiles les recherches sur l'idiotie, on arrivera, je pense, par la suite, à découvrir de nouveaux types, à classer les différentes formes de cette dégénérescence, enfin peut-être arrivera-t-on aussi à pouvoir rattacher ces différentes formes à des lésions fondamentales caractéristiques. Il y a surtout des recherches très intéressantes à faire sur le type des crétins par synostose basilaire et sur le type opposé des Aztèques.

§ 167. — Pour ce qui est de la marche des affections si nombreuses et si variées du cerveau qui donnent naissance aux différentes formes de l'idiotie, on comprend qu'il est à peu près impossible de rien dire de général sur ce sujet. — La maladie qui a produit l'arrêt de développement intellectuel et physique peut avoir disparu en grande partie dès avant la naissance, l'intelligence est alors très faible dès les premiers jours de la vie, la parole ne se développe pas, etc., et l'individu reste toujours dans cet état. — Ou bien la maladie cérébrale (quoique peut-être héréditaire) n'apparaît qu'après que l'intelligence a déjà commencé à se développer d'une façon convenable ; cette maladie est tantôt aiguë, tantôt chronique ou latente ; l'intelligence cesse alors de progresser et même généralement elle fait un pas en arrière; les petits malades désapprennent à parler, ils tombent dans l'imbécillité et dans la stupidité. C'est surtout chez les enfants hydrocéphales que l'on voit, à la suite d'accès répétés d'irritation aiguë plus ou moins intense du cerveau, avec congestion de la tête, survenir un état d'obtusion et d'apathie profonde et persistante. — Les convulsions épileptiques exercent, dans tous les cas, une déplorable influence sur les phénomènes intellectuels. — La maladie du cerveau chez les idiots est souvent de nature à amener lentement la mort par elle-même (par exemple, l'hydrocéphale grave, peut-être aussi l'atrophie cérébrale), ou bien elle donne naissance à des accidents intercurrents mortels (mort par méningite, par épanchements aigus, etc.). Mais il n'en est pas toujours

ainsi : beaucoup d'idiots meurent dès le bas âge, soit parce que certaines influences fâcheuses agissent plus fréquemment et plus violemment sur eux qu'elles ne feraient sur d'autres enfants bien portants, soit parce qu'ils résistent moins aux maladies. Il est donc rare de voir les idiots arriver à un âge avancé; ce n'est guère que dans les pays où règne le crétinisme endémique que l'on trouve quelquefois des crétins prononcés âgés de soixante à soixante et dix ans.—Ai-je besoin de rappeler que les conditions de fortune et les soins que l'on a pour ces pauvres idiots ont une importance capitale et peuvent beaucoup prolonger leur existence?

§ 168. — L'idiotie est quelquefois susceptible d'amélioration. Il est rare de voir, sous l'influence d'un changement favorable survenu dans la santé physique, l'enfant devenir en peu de temps vif, actif, studieux et faire des progrès rapides. Le plus souvent, l'amélioration consiste en ceci : que l'individu peut se servir plus librement et d'une manière un peu plns régulière des restes d'intelligence qu'il possède encore, et même ce résultat ne s'obtient que très lentement et au bout de plusieurs années. La première condition de toute amélioration dans l'idiotie, c'est la cessation complète de la maladie cérébrale qui a déterminé la dégénérescence.

Par guérison de l'idiotie on devrait entendre la suppression complète de la maladie du cerveau qui faisait obstacle au développement intellectuel, suppression qui rend alors possible la culture de l'intelligence par l'éducation et l'instruction. La guérison, telle que nous venons de la définir, n'est guère possible que dans les cas où la maladie cérébrale est simplement fonctionnelle, ou bien lorsque, dès les premiers moments de l'apparition d'une affection cérébrale dans l'enfance, on a pu juguler immédiatement cette affection ; aussi, dans quelques maladies chroniques (syphilis, etc.), il est possible d'arriver à ce but, mais dans un temps fort long.

Mais ordinairement les états pathologiques qui amènent l'idiotie sont complétement ou presque complétement passés lorsqu'on reconnaît l'existence de la dégénérescence; on a alors affaire à des restes de maladies ou à des lésions consécutives qui opposent une résistance très grande à la guérison, soit spontanée, soit artificielle, et qui entravent promptement le développement et l'accroissement normal du cerveau. Dans tous ces cas (et c'est là l'immense majorité des idiots), le mieux que l'on puisse obtenir, c'est de perfectionner le plus possible les restes des facultés intellectuelles, sensitives et motrices, qui ont survécu au naufrage; c'est que ces individus puissent un peu se diriger par eux-mêmes dans la vie, qu'ils possèdent quelques notions de morale pour se guider; c'est qu'ils se rendent un peu utiles sans que toutefois ils cessent d'appartenir à la catégorie des idiots. Ce sont donc simplement là des améliorations, mais qui sont d'une

importance réelle pour ces individus eux-mêmes et pour leurs parents, et démontrent parfaitement l'utilité sans cesse croissante des asiles d'idiots.

De ce que nous venons de dire, il ressort que l'idiotie réclame un double traitement, d'abord des soins médicaux (tantôt simple hygiène, tantôt intervention thérapeutique), puis l'éducation ; mais cette éducation ne doit pas se borner à faire progresser l'intelligence, il faut apprendre aux idiots à se servir de leurs organes des sens, de leurs organes de mouvement, leur apprendre à parler, et les initier enfin à tous les actes usuels de la vie.

Nous ne pouvons exposer ici en détail l'éducation pratique qui convient aux idiots, mais le lecteur trouvera de précieuses indications à cet égard dans les ouvrages suivants : Séguin, *Traitement des idiots*, Paris, 1846 ; Kern, *Journ.* (allem.) *de psychiatrie*, t. XII, 1855, p. 521 ; Damerow, *ibid.*, t. XV, 1858, p. 499 ; Guggenbühl, *Journal de la Société I. et R. des méd. de Vienne*, 1860, n° 6.

B. *Idiotisme endémique.*

Nous avons déjà dit plus haut quelques mots du crétinisme dans le sens restreint de ce mot (voy. § 155) ; on consultera avec fruit sur ce sujet les ouvrages suivants : Fodéré, *Essai sur le goître et le crétinisme*, 1792 ; Iphofen, *Sur le crétinisme*, Dresde, 1817 ; Maffei et Rösch, *Recherches sur le crétinisme*, t. II, Erlangen, 1844 ; Meyer-Ahrens, *Häsers Archiv*, 1845, p. 360 ; *Journal trimestriel de Prague*, t. XLII, 1854 ; Behrend, *Journ. f. Kinderkrankh.*, 1846 ; *Rapport de la commission créée par S. M. le roi de Sardaigne*, etc., Turin, 1848 ; Ferrus, *Acad. de méd.*, décembre 1851 et *discussion ;* Rösch, *Observations sur le crétinisme*, Tubingue, 1850, 1852 ; Niepce, *Traité du goître et du crétinisme*, t. II, Paris, 1852 ; Billet, *Ann. méd. psych.*, 1854 et 1855 ; Morel, *ibid. ;* West, *Journ. f. Kinderkrankh.*, 1854 ; Köstl, *Crétinisme endémique*, Vienne, 1855 ; Fabre, *Traité du goître et du crétinisme*, Paris, 1857 ; Morel, *Traité des dégénérescences*, etc., Erlenmeyer, *Archiv. de la Soc. de psychiatrie*, 1858 ; Theile, *Sur le crétinisme*, *Schmidt's Jahrb.*, 1860, n° 7 ; Zillner, *Sur l'idiotie*, dans les *Nouveaux Actes de la Soc. Imp. Léopoldo-Caroline*, t. XIX. 1860.

§ 169. — L'élément fondamental sur lequel repose la distinction entre l'idiotie sporadique et l'idiotie endémique est d'abord simplement un rapport de quantité, c'est la fréquence plus ou moins grande de cette dégénérescence dans une population déterminée. Mais il y a encore entre ces deux formes d'autres différences essentielles tirées de la nature même des phénomènes que l'on observe dans l'un et dans l'autre cas. Les causes qui

font que l'idiotie est si fréquente dans tel ou tel pays sont ordinairement (mais non toujours cependant) d'une nature particulière, quelquefois même spécifique (miasmes), et elles donnent naissance à des maladies particulières qui engendrent ensuite l'idiotie. Toutes les maladies possibles du cerveau qui surviennent dans l'enfance peuvent donner lieu à l'idiotie sporadique ; quant à l'idiotie endémique, elle n'est pas toujours produite par une seule et même lésion anatomique, cependant le plus souvent, c'est par une certaine classe de lésions portant plutôt sur le crâne que sur le cerveau même. Ces lésions s'accompagnent, dans la grande majorité des cas, d'une déformation générale et tout à fait spéciale du corps que l'on peut justement qualifier de « crétinisme », et de maladies du corps thyroïde. Ce sont là des différences essentielles et caractéristiques qui séparent l'idiotie sporadique de l'idiotie endémique ; jamais, en effet, dans les cas sporadiques on ne retrouve ces formes de dégénérescence profonde que l'on observe dans les pays de crétins.

Je comprends parfaitement que les médecins qui observent dans des pays où le crétinisme est endémique repoussent cette distinction que nous venons d'établir entre l'idiotie sporadique et endémique. Ils vivent au milieu d'une population qui porte généralement en elle le cachet du crétinisme à un degré variable, ils ne sont donc pas à même de connaître ces cas sporadiques de maladies accidentelles du cerveau qui peuvent engendrer l'idiotie sans qu'il y ait de vice de conformation physique, ces cas dans lesquels, ainsi que nous l'avons déjà fait observer plus haut, on voit la nullité complète de l'idiotie la plus profonde chez des enfants beaux et bien proportionnés. Autant il est rare de voir dans les cas sporadiques les vices de conformation caractéristiques du crétinisme endémique profond, autant il est rare de voir le crétinisme endémique se manifester sous forme d'idiotie simple chez des enfants bien développés. Sans doute il n'est pas impossible qu'il survienne parfois dans les pays de crétins des cas d'encéphalite, ou quelques vices de conformation du cerveau sans être produits par la cause endémique, mais il faudrait d'abord bien distinguer ces cas des maladies dominantes dans le pays qui engendrent l'idiotie endémique, et l'on peut se demander encore, — car on n'est pas fixé à cet égard, — si dans une population généralement infectée ces maladies accidentelles ne prennent pas le cachet de la dégénérescence. — En Angleterre, l'idiotie n'est pas rare, dans quelques contrées même elle est assez fréquente, mais jamais elle n'y revêt la forme de dégénérescence aussi profonde que cela se voit dans les Alpes ; il y a encore une grande différence à faire entre l'idiotie fréquente et le crétinisme. M. Virchow aussi dit que c'est par les circonstances étiologiques que ces deux affections diffèrent l'une de l'autre ; pour lui celle qui est produite par les conditions du sol, de la localité, c'est le crétinisme ;

celle qui, au contraire, résulte des conditions sociales, c'est l'idiotisme. Malheureusement il est souvent impossible d'établir un diagnostic étiologique bien précis; à quoi peut-on reconnaître que dans un cas la maladie est produite par les conditions du sol, et que dans un autre elle est engendrée par les conditions sociales (1)?

(1) Si l'on veut s'en tenir à l'élément étiologique, on ne peut manquer de tomber dans les plus étranges confusions, et, comme le dit ici M. Griesinger, un diagnostic précis est le plus souvent impossible. J'ai rapporté des Pyrénées et des Alpes un assez grand nombre de photographies d'idiots qui, transportés à Bicêtre par exemple, n'auraient pas pu être distingués des sujets atteints d'idiotie sporadique. D'un autre côté, on trouve quelquefois des cas de crétinisme parfaitement caractérisés dans les localités où l'influence endémique manque. Ces sujets, dans les localités infectées, ne pourraient non plus être distingués des crétins qui y sont nés. En s'en tenant à l'élément étiologique, non-seulement le diagnostic deviendrait souvent impossible, mais on comprendrait sous les mêmes dénominations les états les plus différents. Rien ne le prouve mieux que le passage suivant de M. Griesinger, qu'on peut lire plus loin (§ 172) : « Dans les pays où règne l'endémie, il n'y a pas seulement, dit-il, un type unique et toujours identique de dégénérescence crétinienne; on y trouve aussi tous ces types de difformités de la tête et du corps, toutes ces anomalies de forme du crâne, tant de la voûte que de la base, que nous avons étudiées plus haut et qui proviennent surtout d'une ossification précoce. Les déformations les plus fréquentes sont les microcéphalies modérées et particulièrement les crânes trop courts dans le sens antéro-postérieur. Un fait que l'on ne saurait méconnaître non plus, ajoute l'auteur, c'est que le crétinisme endémique présente quelques modifications dans les différents pays où on l'observe, etc. »

Non-seulement ces différences existent dans les différents pays, mais elles doivent nécessairement exister dans les mêmes localités et dans les mêmes familles. Elles résultent en effet de la conformation des parents.

Un homme bien conformé et appartenant à une famille saine, épouse une femme offrant un commencement de crétinisme ou qui compte parmi ses ascendants un ou plusieurs crétins.

De ce mariage il peut naître des enfants bien conformés et sains d'esprit, des idiots bien conformés et enfin des crétins.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait que les enfants héritassent toujours en même temps des caractères physiques et moraux du père ou de la mère.

Or, on sait que le contraire est bien plus fréquent.

On hérite des traits physiques de l'un des auteurs et de l'intelligence de l'autre ou *vice versâ*. On sait que M. Moreau (de Tours) a cherché à établir qu'en général les enfants qui ressemblent au physique à leur mère ont l'intelligence du père, ou bien au contraire l'intelligence de la mère s'ils ressemblent au père.

En résumé, en s'en tenant à l'élément étiologique, le crétinisme devient impossible à spécifier.

M. Griesinger dit par exemple et avec raison, que les crétins ont « la tête grosse et disproportionnée, le corps petit et ramassé » (§ 166); or, Fodéré (page 123) assure au contraire que « la tête ne croît pas en proportion du reste du corps, et

§ 170. — Relativement à la propagation de l'idiotisme sous forme de maladie endémique, nous n'avons que peu de choses à dire à ce sujet. Le fait le plus important, c'est que le crétinisme endémique s'accompagne généralement de goître endémique, si bien que l'on est en quelque sorte autorisé à voir dans ces deux affections les effets d'une seule et même cause morbide qui agit avec plus d'intensité dans certains cas (maladies du crâne et des os en général) que dans d'autres (goître simple). La très grande majorité des crétins ont un goître volumineux qui tantôt est congénital, tantôt ne se développe que plus tard, et qui en général prend un accroissement plus considérable à l'époque de la puberté ; il est très rare qu'on n'en trouve pas de traces ; les demi-crétins et même une grande partie des individus non crétins qui habitent les pays où le crétinisme est endémique, sont plus ou moins goîtreux. — Les grands centres, les principaux foyers, si je puis m'exprimer ainsi, du crétinisme et du goître, sont dans toutes les parties du monde les grandes chaînes de montagnes, en Europe les Alpes, en Asie l'Hymalaya, en Amérique les Cordillères. En général, sur les bords de la mer on ne trouve ni goîtreux, ni crétins ; dans les pays plats et bas entourés de digues, dans les montagnes de deuxième et de troisième ordre, ces deux affections sont répandues d'une façon très inégale, sans qu'on puisse jusqu'à présent établir avec certitude les raisons de ces différences.

En Europe, les pays où l'on trouve le plus de crétins sont : la Savoie, plusieurs parties de la Suisse, les cantons de Vaud, des Grisons, d'Uri, le Valais, l'Argovie, etc. ; plus à l'est, le Salzbourg, la Styrie, le Tyrol, la Carinthie, l'Autriche supérieure ; ensuite viennent quelques régions des Pyrénées, les montagnes de l'Auvergne, quelques endroits de la vallée du Rhin, le voisinage de Strasbourg (surtout les plaines qui sont souvent inondées), puis la Franconie inférieure et moyenne, certaines contrées du Wurtemberg et du duché de Bade ; tels sont les pays qui jusqu'à présent sont connus comme des foyers d'idiotisme endémique accompagné de goître et de vices de conformation du corps.

qu'elle est en général petite ». En outre, M. Ferrus a trouvé à Sion des crétins en assez grand nombre, lesquels se distinguaient par « l'élancement du tronc ».

Il faudrait donc dire que les crétins ont la tête grosse ou petite, le tronc ramassé, trapu ou élancé, etc., c'est-à-dire rassembler les traits les plus opposés.

Il convient donc, à mon avis, comme je l'ai déjà dit plus haut, de ne désigner sous le nom de *crétinisme* qu'une dégradation spéciale du corps dont les traits sont toujours les mêmes et dont les types se retrouvent en si grand nombre dans certaines localités, qu'elle forme un état parfaitement défini.

A côté du crétinisme, on observera, il est vrai, la surdi-mutité, l'idiotie, de cause endémique, et des dégénérescences très diverses ; mais ces états, bien que dus aux mêmes causes, ne doivent pas être confondus avec le crétinisme. (B.)

Naturellement on n'a pas été sans chercher à rattacher la production du crétinisme à certaines causes propres aux pays où cette maladie est endémique; chaque auteur a mis en avant les circonstances les plus saillantes du pays qu'il habitait, et sous ce rapport on a à peu près épuisé tout ce qui pouvait se dire. Altitude du pays (pas au-dessous de 2 à 3000 pieds), profondeur et humidité des vallées, stagnation de l'air, inondations fréquentes, terrains marécageux, température élevée, changements brusques de température, absence de lumière solaire, configuration du pays, nature et composition chimique du sol, composition chimique de l'air et de l'eau potable, absence d'iode dans l'eau et dans l'air, mauvaises conditions d'existence, misère, saleté, négligence des enfants, mauvaise nourriture, etc., toutes ces diverses circonstances ont été tour à tour signalées, soit comme causes uniques, soit seulement comme les principales causes du crétinisme. Mais par contre il est facile de prouver que le goître et le crétinisme se rencontrent aussi dans des pays où l'on ne trouve aucune de ces circonstances spéciales, tandis qu'il en est d'autres où toutes ces circonstances se trouvent réunies sans qu'on y observe ni goîtreux, ni crétins.

Toutefois il ne faut pas non plus vouloir pousser cette opposition trop loin. Ainsi il est certain que les miasmes marécageux exercent une grande influence sur la production de la fièvre intermittente, c'est là un fait incontestable; bien qu'il y ait des pays de marais où la fièvre intermittente est assez rare; cela prouve simplement que cette fièvre périodique se rencontre principalement, mais non exclusivement, dans les pays marécageux, je dirais même dans certains pays marécageux. Il en est de même pour le crétinisme : toutes ces circonstances extérieures que nous venons d'énumérer sont plutôt simplement les éléments de causes prochaines qui donnent naissance au crétinisme, qu'elles ne sont à vrai dire des causes même de la dégénérescence; quand un certain nombre de ces circonstances se trouvent réunies et combinées d'une certaine façon, elles engendrent alors les causes prochaines qui déterminent le crétinisme, sans que cependant on puisse dire pour cela qu'elles doivent toujours et invariablement amener ce résultat. — Toutefois parmi les causes du crétinisme il en est qui se montrent d'une façon plus constante, et qui par ce fait même acquièrent une importance capitale, tandis que d'autres ne sont que subordonnées et accessoires. — C'est dans cette dernière catégorie qu'il faut ranger ce que nous appelions tout à l'heure les mauvaises conditions sociales (1) : en effet, il y a une foule de pays où la masse du peuple vit dans la misère, dans la saleté, dans l'ignorance,

(1) Dans l'ouvrage de MM. Georgens et Dienhardt, *Die Heilpædagogik*, etc., Leipzig, 1861, p. 201, on trouve ceci : « L'idiotisme endémique n'est fréquent

n'a aucun soin des petits enfants ou a à cet égard de nombreux préjugés, sans que l'on y observe de traces de crétinisme, et dans les pays de crétins la dégénérescence n'est pas rare, même dans les classes aisées ou riches. De même il existe une foule de pays de montagnes avec de profondes vallées où l'on ne trouve ni goîtreux, ni crétins, tandis que ces affections sont loin d'être rares dans d'autres pays plats, ou dans des vallées largement ouvertes.

Je regarde au contraire comme une cause très importante de crétinisme l'humidité du sol et de l'air, qu'elle provienne d'inondations fréquentes ou de l'abondance des sources, ou enfin parce que le pays est traversé par un fleuve qui y entretient des brouillards constants. Je crois également (et le travail de M. Hirsch conduit à la même conclusion) que la composition magnésienne du sol (ce qu'il ne faut pas confondre avec une certaine richesse de l'eau potable en magnésie) joue un certain rôle dans la production du crétinisme. — Quant aux autres conditions extérieures que nous avons signalées plus haut, il n'y a qu'un petit nombre de pays de crétins où on les trouve réunies.

Pour ce qui est des causes prochaines ou vraies du crétinisme, à l'égard desquelles les circonstances que nous venons d'énumérer jouent simplement le rôle d'occasions extérieures, nous ne savons rien de positif à ce sujet. Dans l'état actuel de la science on leur donne le nom de miasmes ou poison morbide, en les assimilant pour ainsi dire à la malaria des pays à fièvre intermittente. Ces miasmes, qui peuvent être contenus soit dans l'air, soit dans l'eau à boire, agissent faiblement sur toute la masse de la population, et très fortement, au contraire, sur un certain nombre d'habitants ; on peut donc dire que c'est là une maladie infectieuse chronique, une affection constitutionnelle. La localisation du goître et du crétinisme dans un pays souvent très peu étendu, est tout à fait favorable à cette manière de voir. Il y a donc analogie de cause, sous le rapport de l'infection miasmatique, entre le crétinisme et la fièvre intermittente, mais il y a cette différence que, quand le crétinisme existe avec le caractère endémique chez un individu, il se transmet à ses descendants et peut ne pas se borner à atteindre une seule génération.

Dans beaucoup de pays où naguère le goître et le crétinisme étaient assez fréquents, ces deux maladies ont considérablement diminué de nos jours (autre analogie avec la fièvre intermittente) sous l'influence de la régularisation des cours d'eau, du desséchement des marais, et en général de l'application d'une hygiène mieux entendue ; dans quelques con-

que dans les pays où la civilisation est en retard. » Cela n'est pas très juste. Les deux villages dans le voisinage de Tubingue où le crétinisme est endémique, ne sont pas plus arriérés que cent autres où l'on ne voit pas de crétins.

(Note de l'auteur.)

trées même elles ont complétement disparu. Ainsi, d'après M. Tourdes, le nombre des goîtreux et des crétins a considérablement diminué dans les environs de Strasbourg (1), et d'après M. Zillner, la proportion de ces êtres dégénérés à Salzbourg ne serait plus aujourd'hui que le quart de ce qu'elle était en 1780. La régénération profonde de la race par l'immigration d'individus étrangers à ces pays, et par suite des mariages contractés entre les habitants et les étrangers, l'activité plus grande de la population, l'accroissement des affaires commerciales, l'augmentation du bien-être, l'élévation du niveau de l'intelligence, etc., telles sont sans doute les causes qui ont amené le résultat que l'on observe aujourd'hui. — Il y a bien peu de pays où le goître et le crétinisme aient fait leur apparition de nos jours.

D'après l'opinion que nous venons d'émettre et qui est celle généralement adoptée aujourd'hui, le goître endémique et le crétinisme seraient donc des maladies spécifiques produites par une cause toxique de nature miasmatique. Je ne veux pas discuter à fond cette théorie qui a beaucoup de bon, je ne veux pas davantage combattre les tentatives récentes qui ont été faites pour expliquer la production de ces maladies par une multitude de causes tout à fait hétérogènes ; mais je crois qu'il ne faut pas leur accorder plus de valeur qu'elles n'en ont réellement : il ne faut pas oublier que le goître sporadique est extrêmement fréquent, et que les causes qui le produisent nous sont à peu près complétement inconnues ; que le goître endémique ne présente pas des caractères tranchés qui le différencient du goître sporadique, et que, même dans ce cas, il est dû à un ensemble de circonstances que nous ignorons également. On n'oubliera pas que ce qui constitue le crétinisme, c'est la réunion du goître et des états d'idiotie liés à l'ossification prématurée de certaines parties du crâne, et en général à une affection des os, et que le rapport qui existe, ou que l'on suppose exister entre ces diverses maladies, est très douteux, problématique même, enfin qu'il est sans analogue en pathologie de rattacher l'ossification des sutures et des cartilages du crâne à une intoxication miasmatique.

L'influence de l'humidité sur la production du crétinisme est démontrée par un grand nombre de faits tant généraux que particuliers ; de même que, pour la fièvre intermittente, on voit parfois l'humidité bornée à une seule maison ou à un hameau y déterminer l'apparition du crétinisme. Nouveau rapprochement avec la fièvre intermittente : on a vu la régularisation de l'écoulement des eaux amener dans certains pays une

(1) Fodéré avait déjà remarqué, en 1792, que le nombre des goîtreux et des crétins était considérablement réduit depuis un certain nombre d'années (*loc. cit.*, p. 189).

(*Note de l'auteur.*)

réduction notable du nombre des goîtreux. — Du reste, sous le rapport même de l'influence de l'humidité, il ne manque pas de faits contradictoires. Il y a des pays secs et arides où l'on trouve le goître endémique et le crétinisme, tandis que dans des contrées humides (Hollande, pays à rizières) on n'observe pas l'endémicité.

Dans certains pays, la fièvre intermittente elle-même s'observe fréquemment à côté du crétinisme ; des causes analogues (palustres) produisent d'un côté le crétinisme, et de l'autre la fièvre intermittente, le gonflement de la rate et la cachexie paludéenne. Il est à noter que, dans ces pays, le goître apparaît quelquefois d'une manière aiguë et en quelque sorte sous forme épidémique, à peu près comme les accès aigus de fièvre intermittente, comme si, de temps à autre, un miasme (mais qui ne serait pas tout à fait identique avec celui de la fièvre périodique) venait brusquement fondre sur la population. C'est ainsi que, d'après M. Zillner, on voit quelquefois dans le Salzbourg survenir des cas de gonflement très aigu du corps thyroïde avec parotidite, avec gonflement de la rate et quelquefois tuméfaction de presque tous les ganglions lymphatiques, ou avec fièvre intermittente, furoncles, suppurations ganglionnaires, etc., — circonstances qui démontrent l'existence d'une liaison intime entre la production du goître et la malaria, et aussi au point de vue étiologique entre le goître endémique et le crétinisme. — On a rapporté des faits dans lesquels, à la suite de la diminution d'un goître par le fait d'une opération ou d'un traitement quelconque, on aurait vu l'état mental s'améliorer notablement : j'avoue que je ne suis guère disposé à accorder une grande valeur à ces faits.

On a fait des recherches extrêmement nombreuses sur la composition géologique du sol dans les pays de goîtreux et de crétins ; ces recherches nous permettent au moins de tirer quelques conclusions intéressantes. Ces deux maladies, surtout le crétinisme, sont rares dans les pays où le sol est uniquement composé de pierre calcaire (calcaire jurassique (1), craie) ; elles sont assez rares encore sur les sols composés de granit et de gneiss (en Savoie, dans certaines régions des Vosges, plus encore dans les Alpes noriques) ; elles sont au contraire fréquentes dans les pays où le sol est formé de dolomite, d'argile schisteuse, etc., ou (comme dans le Wurtemberg) de grès bigarré. Dans ce pays, les endroits qui sont le plus frappés sont ceux qui reposent sur un sol composé de grès avec lequel sont en contact les couches de marne d'où la population tire son eau à boire.

(1) Ce fait s'observe dans des pays très différents ; il est surtout très saillant dans le Wurtemberg, où d'ailleurs le crétinisme est très commun ; il en est de même en Savoie (*Rapport de la commission sarde*, Billet, Garbiglietti).

(*Note de l'auteur.*)

M. Grange, en 1855, avait émis l'idée que la présence d'une grande quantité de magnésie dans l'eau potable était la cause essentielle du goître et du crétinisme; cette théorie est complétement ruinée aujourd'hui. — Dans certaines contrées de la France où le crétinisme endémique existe, M. Niepce n'a pas trouvé dans l'eau un seul atome de magnésie; dans un autre pays où, d'après M. Grange, le changement d'eau à boire avait fait presque complétement disparaître le goître, M. Niepce a trouvé que cette eau nouvelle contenait une grande quantité de magnésie; enfin, dans le voisinage de Strasbourg, M. Tourdes a trouvé de la magnésie dans l'eau potable de certaines contrées où le goître et le crétinisme ne sont pas plus fréquents que partout ailleurs. — Quant à la théorie qui rapportait le crétinisme à la présence de sels calcaires dans l'eau, il n'en est plus depuis longtemps question.

Les assertions de M. Chatin sur la présence de l'iode dans l'air, dans l'eau et dans les aliments, et sur l'absence de l'iode dans les pays de crétins, ont fait une certaine sensation dans le monde savant, bien que, dès le début, elles parussent assez invraisemblables. Elles ont été combattues et réfutées de tous les côtés. (Voy. Fabre, *Traité du goître*, etc., p. 83; de Luca, *Acad. des sc.*, t. II, p. 170, t. LVII; Cloëz, *l'Institut*, 1857.)

§ 171. — Les causes locales, quelles qu'elles soient, peuvent suffir à elles seules pour déterminer le développement du crétinisme; c'est ce que démontre l'observation : on a vu des familles qui ne présentaient aucune prédisposition dégénératrice, qui jusque-là avaient eu des enfants parfaitement sains, avoir des enfants complétement crétins après s'être établies dans des pays où régnait l'endémicité. Si le fait avancé par M. Niepce était juste (1), à savoir que les enfants trouvés de Grenoble et de Marseille, — pays où le crétinisme est inconnu, — deviennent crétins et goîtreux quand on les met en nourrice dans les villages infectés des Hautes-Alpes et de l'Isère, ce serait une preuve que l'endémicité peut encore agir pendant un certain temps après la naissance; un enfant sain, transporté dans un pays où règne l'endémicité, serait encore exposé jusqu'à l'âge de quatre ans (M. Maffei) et même jusqu'à sept ans (d'après la commission sarde) à devenir crétin. Le seul moyen de neutraliser les effets de l'endémicité, c'est d'emmener l'enfant dans un autre pays; cela se comprend de soi.

En dehors de l'endémicité, il y a une autre cause très importante de crétinisme : c'est l'hérédité. Les enfants de parents crétins, bien que nés et élevés dans un pays où il n'y a pas d'endémicité, peuvent être eux-mêmes crétins; pour que la dégénérescence disparaisse complétement,

(1) Niepce, *loc. cit.*, p. 492. Le fait a été nié ou mis en doute. (*Note de l'auteur.*)

il faut non-seulement qu'ils habitent un pays non infecté, mais encore renouveler le sang de ces individus en les mariant dans des familles parfaitement saines, et encore faut-il aller jusqu'à la deuxième ou la troisième génération, et quelquefois même plus loin encore, pour ne plus trouver de traces de dégénérescence. — Pour ce qui est des habitants mêmes des pays où règne l'endémicité, on ne peut pas faire la part d'influence qui revient, soit à l'endémicité, soit à l'hérédité : un enfant vient au monde complétement crétin, nous ne savons pas si c'est parce que l'influence miasmatique a fortement agi sur lui pendant la vie intra-utérine, ou si, au contraire, c'est à l'hérédité qu'est due la dégénérescence. Il en est de même pour les enfants qui, dans les pays de crétins, viennent au monde avec une santé bonne en apparence, mais qui, au bout de trois à six mois, présentent des signes manifestes de crétinisme; est-ce l'influence héréditaire ou l'endémicité qui a produit la dégénérescence? On ne saurait trancher cette question, l'une et l'autre influence peuvent bien avoir agi simultanément; je partage un peu, quant à moi, l'opinion de la commission sarde (*Rapport*, etc., p. 194) qui regarde l'hérédité comme la cause la plus puissante.

Mariez ensemble deux crétins profonds, ils n'auront pas d'enfants, parce que, d'une part, les hommes de cette espèce sont presque toujours impuissants, et que, d'autre part, les crétines sont le plus souvent stériles. — Du mariage entre un homme modérément crétin et une femme saine, il naît souvent de beaux enfants parfaitement sains, mais souvent aussi des crétins profonds, des demi-crétins, des épileptiques, des sourds-muets. En général, le crétinisme se transmet plus par le père que par la mère (Guggenbühl, Erlenmeyer). Le croisement des races ne fait disparaître la disposition crétinienne qu'à la condition, pour les individus, de ne pas habiter un pays infecté. D'après M. Billet (*loc. cit.*, 1855, p. 45), il est depuis longtemps en usage dans quelques communes de la Maurienne où le crétinisme est endémique, que les jeunes hommes vont chercher leurs femmes dans des contrées où il n'y a ni goître, ni crétinisme, mais toutes ces femmes deviennent goîtreuses, et très souvent leurs enfants sont eux-mêmes crétins, de sorte que cet usage ne paraît pas avoir pour effet de réduire la proportion du crétinisme dans ces communes. C'est que, dans ces pays, l'influence favorable du croisement des races est neutralisée par une influence endémique très puissante; dans d'autres pays où l'endémicité n'exerce qu'une action plus modérée, il n'est pas douteux que le renouvellement progressif du sang amènerait de bons résultats.

On peut admettre comme certain que toutes les influences fâcheuses qui, dans les pays où le crétinisme est endémique, agissent dès le bas âge sur les enfants, soit parce qu'ils sont peu ou mal soignés, soit par suite de la manière dont vit toute cette population profondément dégénérée

sous le double rapport physique et moral, exercent sur ces petits êtres une action déplorable; mais ces influences ne peuvent être considérées que comme jouant un rôle accessoire, car ce n'est que dans les pays où le crétinisme règne à l'état endémique qu'elles donnent lieu à cette dégénérescence. Toutefois il est très important de soustraire le plus tôt possible les enfants à ces influences fâcheuses, et il est certain que si en même temps on les soigne convenablement, et qu'on commence de bonne heure à leur donner une éducation saine, on arrivera tout au moins à restreindre dans de certaines limites les maladies qui déterminent l'idiotie.

Dans le crétinisme endémique même, on réussit quelquefois à entraver complétement la marche de la maladie en emportant un enfant dès son bas âge dans un autre pays et en le plaçant dans de bonnes conditions. En se basant sur cette idée que, dans les montagnes, le crétinisme ne se trouve pas au-dessus d'une altitude de 2000 pieds, on a émis cette opinion bizarre que le crétinisme guérirait sur les hautes montagnes, et l'on a même étendu cette théorie à l'idiotie en général. — Quand le crétinisme est confirmé, le changement de pays, et malheureusement aussi tout traitement, quel qu'il soit, n'a plus aucune influence; parfois cependant, mais cela est bien rare, on observe un peu d'amélioration.

§ 172. — Dans les pays où règne l'endémie, il n'y a pas seulement, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, un type unique et toujours identique de dégénérescence crétinienne; on y trouve aussi tous ces types de difformités de la tête et du corps, toutes ces anomalies de forme du crâne, tant de la voûte que de la base, que nous avons étudiées plus haut, et qui proviennent surtout d'une ossification précoce. Les déformations les plus fréquentes sont les microcéphalies modérées (1), et particulièrement les crânes trop courts dans le sens antéro-postérieur. Un fait que l'on ne saurait méconnaître non plus, c'est que le crétinisme endémique présente quelques modifications dans les différents pays où on l'observe; ainsi, les crétins du Salzbourg diffèrent un peu d'une manière générale des crétins de la Suisse. La forme synosto-basilaire que nous avons décrite plus haut comme le type crétinien par excellence, avec une tête volumineuse, un corps petit, large, ramassé, un nez camard et large, à racine enfoncée, avec une figure vieillotte exprimant la tristesse, etc., cette forme, dis-je, se trouve assez rarement à ses degrés les plus extrêmes dans les pays où règne l'endémicité, de même qu'en général les degrés

(1) M. G. Jæger a rapporté quelques faits intéressants de microcéphalie très remarquable (têtes de singe) dans quelques familles d'un village de crétins dans le Wurtemberg (*Wurtemb. med., Corresp.-Blatt.*, 1839). Le cabinet d'histoire naturelle de Stuttgart possède un crâne extrêmement intéressant d'un de ces enfants; ce crâne est décrit dans ce même journal.

(*Note de l'auteur.*)

extrêmes de toutes les formes sont assez rares; mais on trouve une foule de cas qui s'en rapprochent beaucoup, et c'est là ce qui donne à la plupart des crétins, dans les pays à endémie, un air de famille, une ressemblance de traits fort remarquable. — Du reste, dans les contrées où l'endémie règne avec une certaine force, la population tout entière est plus ou moins atteinte. En dehors des crétins proprement dits, des demi-crétins et des goîtreux, on trouve un très grand nombre d'individus dont la tête est petite, dont le corps est trapu, mal proportionné, beaucoup de sourds-muets, de bègues, de sourds, de louches, etc.; toute la population présente un cachet général de dégénérescence physique et d'obtusion intellectuelle, beaucoup d'individus sains de corps et d'esprit sont laids, bornés, lourds, égoïstes; chez eux, le défaut d'intelligence n'est nullement compensé par la bonté du cœur.

Le crétinisme peut exister dès la naissance avec tous ses caractères essentiels et à un degré profond; toutefois cela est rare, le plus ordinairement, on ne trouve chez les nouveau-nés que des signes incertains de la dégénérescence, quelquefois même ces signes manquent presque complétement. Beaucoup de ces enfants, il est vrai, viennent au monde avec une tête grosse et mal conformée, les fontanelles sont larges, la chevelure épaisse, leurs traits sont grossiers, le cou est court et épais, ils crient peu et dorment beaucoup. Mais au bout de trois à quatre mois, quelquefois de cinq à six ou huit mois et même plus tard encore, les signes de la dégénérescence se développent et se manifestent d'une façon évidente. Ces enfants sont gras, ils ne font que manger et dormir, leur bouche est toujours ouverte, leur tête tombe toujours, soit en avant, soit en arrière; leur physionomie est toujours immobile; ils ne pleurent que rarement, ne sourient jamais, ne font attention à rien, ne sont curieux de rien; la dentition se fait très lentement, les dents se gâtent de bonne heure, la langue pend hors de la bouche, l'enfant ne peut rien apprendre avant l'âge de six à sept ans, quelquefois même il ne peut pas marcher; l'expression de la nullité intellectuelle est alors très marquée; la maladie a suivi son évolution complète (1). Jusqu'à la puberté les traits sont gros, anguleux, vieillots; la peau est souvent foncée, rude, le corps reste petit; quand la dégénérescence est profonde, le développement intellectuel ne se fait pas ou est tout à fait rudimentaire, l'esprit et le cœur restent dans un état déplorable de torpeur et d'apathie; dans les cas, au contraire, où

(1) M. Iphofen a rapporté (t. II, p. 216) le fait d'un enfant qui, jusqu'à l'âge de cinq ans, s'était parfaitement bien développé sous le double rapport physique et moral; à cet âge, survinrent des accès d'épilepsie, et peu à peu, à mesure que ces accès étaient plus fréquents, l'enfant devint de plus en plus crétin. — Les faits de ce genre, lors même qu'ils surviennent dans un pays où règne l'endémie, laissent

le crétinisme est léger ou modéré, on observe fréquemment un certain état d'agitation ; c'est à cette catégorie qu'appartiennent les farceurs de village. La puberté s'établit très tard, quelquefois à vingt ans seulement ; l'enfance avait duré jusqu'alors, mais, à partir de ce moment, commence la vieillesse, à partir de ce moment il ne survient plus guère de changement, soit du côté physique, soit du côté de l'intelligence.

Beaucoup de crétins profonds tombent très souvent, quelques-uns même tombent journellement, dans un état d'immobilité, de demi-sommeil, avec suspension de toutes les forces physiques et intellectuelles, état qui évidemment offre une certaine analogie avec l'épilepsie ou le vertige épileptique : on voit en même temps survenir quelques mouvements irréguliers de la tête et du corps, des roulements d'yeux, etc.

Pour plus de détails sur les particularités que présentent les crétins sous le double rapport de l'intelligence et des vices de conformation physique, le lecteur se reportera aux travaux spéciaux sur ce sujet, et en particulier aux *Comptes rendus de la commission sarde*. Le plan de cet ouvrage ne nous permettait pas de faire ici une étude plus ample de cette dégénérescence.

SECTION IV.

DE QUELQUES COMPLICATIONS GRAVES DE LA FOLIE.

§ 173. — Les différentes formes mentales que nous avons étudiées plus haut, et surtout la démence, s'accompagnent quelquefois de désordres profonds et en particulier de symptômes graves du côté du système nerveux moteur, symptômes qui, bien que liés d'une façon intime et immédiate à la maladie cérébrale qui détermine la folie, offrent quelquefois un caractère d'essentialité si marqué qu'on peut les regarder comme des complications de la maladie mentale. — Il ne faut donc pas entendre sous ce nom de complications toutes les maladies qui peuvent survenir chez les aliénés ; ces maladies sont, en effet, innombrables, sait-on seulement s'il en est d'incompatibles avec les affections cérébrales qui donnent lieu à la folie?

cependant subsister un certain doute dans l'esprit du médecin ; faut-il les rapporter à la maladie endémique, ou bien ne sont-ce pas plutôt des maladies accidentelles du cerveau, comme nous en voyons dans l'idiotisme sporadique? On ne doit pas toujours considérer comme étant le résultat de l'endémicité tous les cas de dégénérescence que l'on observe dans les pays à endémie.

(*Note de l'auteur.*)

On a dit à différentes époques que les maladies épidémiques ne pouvaient pas frapper les aliénés, mais du temps de Pinel même cette opinion recevait un démenti formel, lorsqu'on vit une épidémie de fièvre typhoïde mortelle sévir dans les divisions d'aliénés avec une énergie tout aussi grande que dans les autres sections de l'hôpital, et depuis cette époque on a eu plus d'une fois l'occasion, notamment dans les épidémies de choléra, de constater que cette opinion est complétement erronée. Toutes les maladies possibles s'observent donc chez les aliénés; mais ce que nous voulons étudier ici, ce sont les complications qui ont un rapport direct avec la folie, ce sont ces troubles graves du mouvement et de la sensibilité qui, étant eux-mêmes des symptômes d'une affection grave du cerveau, rentrent tout à fait dans l'histoire de la folie, mais que l'on est obligé de séparer de celle-ci pour les étudier dans tous leurs détails.

On a prétendu que c'était un tort de considérer ces désordres comme des complications, parce qu'ils sont produits par la même affection cérébrale qui détermine la folie. Je répondrai simplement que par complications de la folie je comprends non pas la réunion de l'aliénation mentale avec d'autres maladies, mais bien la réunion des symptômes ordinaires et prédominants de la folie avec d'autres groupes de symptômes que l'on n'observe pas chez la plupart des aliénés.

§ 174. — Parmi ces complications de la folie, celle qui mérite le plus l'attention des médecins, c'est la paralysie générale (incomplète), en raison de sa fréquence, de sa marche toute spéciale et de l'extrême gravité de son pronostic. Aux médecins français (Bayle, Calmeil, Delaye, Baillarger, etc.) revient l'honneur d'avoir les premiers étudié cette maladie avec soin, et jusqu'à présent les aliénistes de ce pays se sont toujours beaucoup occupés de cette question ; mais plusieurs travaux publiés récemment en Allemagne ont aussi beaucoup contribué aux progrès qu'a faits l'étude de cette affection (1).

(1) La littérature médicale est très riche en travaux sur la paralysie générale ; voici les plus importants : Bayle, *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, 1822 ; — *Maladies du cerveau*, 1826, et *Annales méd.-psychol.*, 1855, t. VII, p. 409 ; — Delaye, *Considérat. sur une espèce de paralysie*, etc., Paris, 1824 ; — Calmeil, *De la paralysie*, etc., 1826 ; — Duchek, *Journal trimestriel de Prague*, t. XXIX, 1851 ; — Hoffmann, *Günsburg Zeitschr.*, t. I-VIII, 1850 à 1858 ; — Baillarger, nombreux travaux dans les *Annales méd.-psychol.*, 1852-1859 ; — J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*, Paris, 1853, et *Arch. génér. de méd.*, 1858 ; — Joffe, *Journal de la Soc. I. et R. de Vienne*, t. XIII, 1857, p. 675 ; — L. Meyer, *Ann. de l'hôp. de la Charité*, t. VIII, 1858, p. 44 ; — Erlenmeyer, *Atrophie du cerveau chez les adultes*, 3e édit., 1857 ; — Austin, *A practical account. on general Paralysis*, London, 1859 ; — Parchappe, *De la folie paralytique*, Paris, 1859.

La paralysie générale ne se trouve jamais chez les individus sains d'esprit; elle dépend toujours d'une maladie du cerveau qui est assez grave pour amener, entre autres symptômes, un état de folie profonde. La maladie mentale peut se développer en même temps que les phénomènes paralytiques, ou bien, ce qui est le plus fréquent, elle peut exister pendant quelque temps sans qu'il y ait encore aucune trace de paralysie, ou enfin, et cela est plus rare, la paralysie précède l'invasion de la folie.

Depuis l'époque où parut la première édition de cet ouvrage, on a beaucoup discuté la question de savoir si la paralysie générale peut exister sans aliénation, si elle peut survenir chez des individus sains d'esprit, mais il faut avouer que cette question n'a pas toujours été traitée avec toute la clarté et toute l'expérience que réclamait cette discussion. Un petit nombre de médecins soutenaient la possibilité de ce fait (Requin, M. Sauze et en partie aussi M. Baillarger); mais il n'était pas bien difficile de leur démontrer que les divers états de paralysie progressive que l'on observe chez les sujets non aliénés diffèrent totalement de cette forme spéciale de paralysie, que celle-ci diffère essentiellement aussi de certains autres états de paralysie avec aliénation mentale (par exemple, paralysie consécutive à l'apoplexie, ou produite par une tumeur cérébrale), enfin que tout affaiblissement musculaire général et progressif, allant parfois jusqu'à la paralysie, chez les sujets aliénés ou dont les facultés intellectuelles sont affaiblies, n'appartient pas toujours à cette forme spéciale de paralysie (tels sont, par exemple, l'affaiblissement musculaire qui accompagne la démence sénile et l'alcoolisme chronique, et la paralysie spinale progressive qui vient quelquefois compliquer accidentellement l'aliénation mentale). — Dans la paralysie générale, l'affaiblissement progressif des muscles et l'aliénation mentale proviennent de la même maladie cérébrale, et celle-ci diffère tellement sous plusieurs rapports des affections du cerveau qui déterminent les autres formes de folie, qu'on est parfaitement autorisé à regarder ce genre de paralysie comme une maladie spéciale (folie paralytique, paralysie générale, démence paralytique).

Les premiers symptômes par lesquels se manifeste cette maladie cérébrale sont très souvent des troubles de l'intelligence, c'est-à-dire que le désordre musculaire ne survient que consécutivement à l'aliénation; toutefois dans ce cas les premiers symptômes musculaires succèdent ordinairement de très près au développement des troubles intellectuels, après un intervalle de quelques mois ou même de quelques semaines. Ainsi que je l'ai dit déjà dans la première édition de cet ouvrage, il y a aussi des cas où les premiers symptômes de paralysie précèdent l'apparition des troubles intellectuels. Depuis lors M. Baillarger a beaucoup insisté sur ce mode de début de la maladie, et même dans un de ses

travaux il fait de la paralysie le symptôme capital et primitif, et de la folie au contraire un phénomène secondaire et accessoire. M. Hoffmann évalue à 18 pour 100 environ des faits soumis à son observation, la proportion des cas où la paralysie précède la folie; il est d'ailleurs possible que les premiers troubles musculaires, encore peu marqués, échappent souvent pendant un certain temps à l'entourage des malades, et que par conséquent les phénomènes de paralysie précèdent ou accompagnent l'apparition de la folie beaucoup plus souvent qu'on ne le supposait autrefois. Cependant, en présence de l'état actuel de la science, on peut dire encore que dans la très grande majorité des cas le désordre intellectuel précède la paralysie (1).

§ 175. — La langue est toujours le premier organe dont les mouvements offrent une certaine irrégularité. Le malade commence par avoir un peu de peine à parler, il n'articule pas très bien les mots, il balbutie. La langue n'est pas pour cela déviée, mais quand le malade la sort de sa bouche, elle tremblote un peu et quelquefois on y voit des mouvements convulsifs. Ce premier symptôme, diminution de la volubilité de la parole, qui bientôt dégénère en bégayement, a déjà une importance extraordinaire; dès qu'on l'observe chez un aliéné, on peut dire presque avec certitude que cet individu est perdu. Bien que souvent ces malades aient toutes les apparences d'une santé florissante, bien qu'ils affirment sur tous les tons que jamais ils ne se sont mieux portés, on voit se développer progressivement chez eux une série de symptômes qui ne laissent plus aucun doute sur la nature de l'affection. En même temps que la parole s'embarrasse, plus souvent peu de temps après que ce phénomène s'est produit, on remarque un changement dans la marche, le malade ne lève plus les jambes comme il faut, il marche mal, gauchement, il s'écarte sans le vouloir de son chemin, la moindre inégalité du sol le fait trébucher. Cependant il marche encore volontiers et pendant un temps assez long; il y a même des malades qui ont un besoin constant de locomotion, ils font de longues promenades, et tant qu'ils restent sur un terrain uni, un individu peu expérimenté ne remarque rien d'anormal dans leur démarche. Les bras conservent plus longtemps leurs forces. Mais à mesure que l'articulation des mots devient de plus en plus hésitante et difficile, et que l'on est obligé de chercher ce que le malade

(1) Je crois devoir renvoyer au travail sur la paralysie générale qui termine cet ouvrage l'examen des questions suivantes :

1° La paralysie générale doit-elle être considérée comme une complication de la folie?

2° Faut-il admettre des paralysies générales sans aliénation?

3° Les lésions des mouvements sont-elles toujours ou presque toujours précédées par les troubles de l'intelligence? (B.)

veut dire, la marche devient chancelante, comme s'il était ivre, il traîne ses pieds, ses genoux paraissent vouloir se fléchir, il est forcé de s'appuyer contre les murs, il trébuche à chaque pas et tombe souvent par terre; les bras et les mains deviennent alors roides et gauches, le malade saisit les objets comme convulsivement, parfois il les laisse tomber; tous les mouvements qui demandent de la précision (écriture, couture, piano, etc.) deviennent peu à peu impossibles. Quand le malade est couché, il peut remuer librement les jambes et les bras, mais ces mouvements sont toujours plus lents et plus roides qu'à l'état normal. A mesure que la maladie progresse, l'individu ne peut plus se tenir debout, il ne peut plus parler, il pousse simplement des sons confus et vagues; qu'il soit assis ou couché, il ne peut presque plus lever et étendre ses jambes, tandis que les bras jouissent encore d'une plus grande liberté de mouvements.

L'affection musculaire paraît être déjà très étendue, presque générale dès le début, bien qu'elle soit encore très faible; elle se manifeste d'abord dans les organes dont les mouvements ont besoin de délicatesse et de précision; la langue se prend la première, et l'embarras de la parole est toujours un trait caractéristique de cette forme de paralysie. Ordinairement il existe en même temps une certaine irrégularité dans les mouvements des lèvres, la prononciation des syllabes labiales est gênée, et même quand le malade ne parle pas, on observe de légères convulsions tout autour de la bouche. Dans les extrémités supérieures on remarque, au début, un certain tremblement sans affaiblissement véritable, tremblement qui rend les mouvements irréguliers, gauches et incertains. Dans les membres inférieurs, au début, c'est moins un tremblement qu'une agitation involontaire, la marche est saccadée, le malade ne peut pas régler convenablement les mouvements de ses jambes; à cette époque la marche est brusque, mais beaucoup plus tard encore, alors que, par suite de l'affaiblissement de ses muscles, le malade ne peut plus marcher, on voit encore dans certains groupes musculaires des jambes se produire une roideur qui tantôt n'est que passagère, tantôt au contraire persiste plus ou moins longtemps.

Je crois avoir le premier appelé l'attention sur ce fait que, au début de la paralysie générale, les phénomènes musculaires sont plutôt de nature convulsive que paralytique (voy. 1re édition, p. 286); depuis lors ce point a été confirmé par un grand nombre d'auteurs, et en particulier par M. J. Falret (*Arch. gén. de méd.*, 1858, p. 202), et par M. Duchenne (*De l'ataxie locomotrice*, *ibid.*, 1859, p. 62). — Une circonstance qui paraît jouer un grand rôle dans l'irrégularité, dans le défaut de précision et de coordination des mouvements que l'on observe chez les paralytiques, c'est que la sensibilité musculaire qui nous permet

dans l'état normal d'apprécier le degré de résistance et la force musculaire que nous devons employer pour un acte déterminé, est chez eux fortement endommagée ; toutefois cette circonstance ne suffit pas pour expliquer tous les phénomènes musculaires, par exemple le tremblement des muscles du visage.

Plus tard il existe dans tous les cas un affaiblissement musculaire plus ou moins considérable : le tronc s'incline en avant, les bras sont pendants le long du corps, la tête est parfois penchée en arrière, les sphincters ou les muscles qui concourent à l'expulsion de l'urine et des matières fécales s'affaiblissent eux-mêmes, enfin la paralysie envahit également les muscles respiratoires. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit l'une des moitiés du corps être beaucoup plus faible que l'autre, que l'on voit une déviation de la langue ou d'une des moitiés de la face ; dans ces cas la lésion paraît avoir pour cause une atrophie plus considérable d'un des hémisphères cérébraux, ou un hématome unilatéral de la dure-mère.

La contractilité des muscles sous l'influence de l'électricité est toujours conservée dans la paralysie générale comme dans les autres paralysies cérébrales, contrairement à ce qui a lieu pour les paralysies périphériques et pour beaucoup de paralysies spinales ; cette circonstance toutefois n'a pas une très grande valeur, parce que cette persistance de la contractilité musculaire s'observe également dans une foule d'autres paralysies (paralysie hystérique, paralysie résultant d'une tumeur cérébrale, etc.). M. Duchenne qui avait déjà signalé ce fait en 1850, a consigné les résultats ultérieurs de ses observations dans son *Traité de l'électrisation localisée*, Paris, 1855, et surtout dans son *Mémoire sur l'ataxie locomotrice* (*Arch. de méd.*, 1859, p. 68).

Au début, les pupilles sont souvent également rétrécies, plus tard elles se dilatent, et souvent d'une façon inégale. Seifert (*Journal allem. de psych.*, t. X, p. 561) a trouvé, sur 25 paralytiques, 17 cas d'anomalies dans la motilité de l'iris. Cette inégalité des pupilles, qui s'observe quelquefois des années entières avant l'explosion de la paralysie générale, ne doit pas être considérée comme un signe initial propre à cette maladie, car on la rencontre souvent aussi chez des individus qui plus tard tombent dans d'autres formes d'aliénation mentale. Le strabisme est très rare ; il en est de même de tous les dérangements en général qui peuvent survenir dans les mouvements des yeux ; quelquefois, mais alors beaucoup plus tard, on observe un roulement convulsif des globes oculaires (1).

(1) L'inégalité des pupilles, que je crois avoir le premier signalée comme symptôme de la paralysie générale, se rencontre chez des sujets parfaitement sains d'esprit, et qui plus tard ne sont atteints ni de folie ni de paralysie générale.

Cette inégalité des pupilles s'observe aussi chez quelques aliénés atteints de folie

Pour ce qui est de la sensibilité, les sens spéciaux persistent le plus souvent jusqu'aux dernières périodes de la maladie sans présenter des lésions considérables ; ce n'est qu'après une longue durée de la paralysie, que l'on observe une diminution de l'odorat et du goût, par exemple le malade ne peut plus distinguer l'eau du vin. — Il n'y a pas de douleurs, au début seulement les malades ont de temps à autre des

simple. On apprend alors le plus souvent qu'ils ont eu, à une époque souvent très éloignée, quelque affection de l'un des yeux, et que depuis la vue est restée plus faible d'un côté.

Ces faits n'ont rien de commun avec ce qui se passe au début et dans le cours de la paralysie générale.

Sur cent malades, on en verra, par exemple, la moitié ou les deux tiers qui offrent pour la première fois et sans maladie antérieure de l'un des yeux ce symptôme de l'inégalité des pupilles.

Il ne viendra certainement à l'idée de personne de déclarer qu'un individu, parce qu'il a les pupilles inégales, est menacé de paralysie générale, mais si à ce symptôme se joignent quelques indices très légers d'une autre nature (activité plus grande, changement de caractère, irritabilité, etc.), alors l'inégalité des pupilles devient un signe d'une certaine importance.

Il n'est pas de maladie, on le sait, dont le début est plus insidieux que celui de la paralysie générale. Tous les signes, quelque légers qu'ils soient, méritent donc au plus haut degré de fixer l'attention pendant cette période prodromique. L'inégalité des pupilles est l'un de ces signes, et je crois qu'on doit toujours alors chercher à le constater.

Quelques auteurs semblent d'ailleurs n'avoir accordé que très peu de valeur à ce symptôme, par cette raison qu'il n'est pas constant. De ce qu'ils ont trouvé à peu près un même nombre de paralytiques ayant les pupilles égales ou inégales, ils ont semblé croire que dans la pratique on ne pouvait tirer aucun profit de ce signe. C'est là, à notre avis, un mode d'interprétation assez étrange. L'hémoptysie est loin d'être constante au début de la phthisie pulmonaire, et il n'y a personne cependant qui n'attache à ce signe une grande importance quand il se présente dans certaines conditions.

La question à décider ici est des plus simples ; cette question est la suivante : sur 100 aliénés dont les pupilles sont inégales, combien sont ou deviennent paralytiques ?

La proportion une fois déterminée, qu'on la compare à celle qu'on obtient chez les aliénés dont les pupilles sont égales, et si les résultats sont complétement différents, on sera nécessairement conduit à reconnaître la valeur du symptôme.

Cette recherche n'a jamais été faite par les auteurs dont je parle, et ils se sont bornés à examiner les paralytiques sans faire la comparaison avec les sujets atteints de folie simple. Arrêtés ainsi à moitié chemin, ils n'ont pu tirer aucune conclusion. Dire que chez les paralytiques les pupilles sont tantôt égales et tantôt inégales, c'est constater un fait assurément très exact, mais dont la science ne peut tirer aucun profit. (B.)

migraines avec sensation de pesanteur de tête et avec un peu de vertige. — La sensibilité de la peau présente quelquefois des particularités très remarquables. Tandis que dans la presque totalité des cas, au commencement de la maladie, elle paraît obtuse, et quelquefois même plus tard complétement abolie (à tel point que l'on peut fortement pincer les malades sans qu'ils manifestent le moindre signe de douleur), on observe parfois un état passager d'hyperesthésie extrême de la surface cutanée, le plus léger contact avec la peau provoque des mouvements réflexes très étendus, des convulsions de tous les muscles soumis à la volonté, état qui offre la plus grande analogie avec ce que l'on observe chez les animaux empoisonnés par la strychnine. Dans un cas très remarquable de ce genre, nous avons pu étudier avec soin cette hyperesthésie pendant les premières heures qui ont suivi l'accès convulsif.

Il n'est pas rare de voir des paralytiques être pris tout à coup, après des signes de congestion violente de la tête, de perte de connaissance, souvent accompagnée d'attaques convulsives analogues à celles de l'épilepsie ; généralement, quand ces attaques se sont produites une fois, elles se renouvellent à des intervalles variables; elles peuvent emporter le malade, mais ordinairement il s'en relève bientôt; et après chaque attaque on observe une aggravation des symptômes de paralysie et de l'état mental. Il est assez rare de voir persister après cette attaque un état de contracture d'un membre, d'un avant-bras, des doigts ou des jambes.

Il faut bien établir une distinction entre les attaques tout à fait légères de vertige que l'on observe au début de la paralysie, les attaques congestives qui surviennent dans le cours de la maladie, qui ressemblent plus ou moins à des attaques d'apoplexie et s'accompagnent de perte de connaissance, et les attaques épileptiformes qui s'en rapprochent beaucoup. Les attaques congestives sont très rares, pour ainsi dire exceptionnelles au début de la maladie ; il est très rare que ces attaques constituent le phénomène initial de la paralysie, elles ont toujours été précédées au moins de quelques symptômes légers. Mais à une période plus avancée de la maladie, elles ne manquent presque jamais, elles deviennent de plus en plus intenses et se prolongent chaque fois davantage. Il en est à peu près de même des attaques épileptiformes.

§ 176. — Au début de la paralysie générale les désordres intellectuels ne présentent pas toujours le même caractère. — Il est rare que l'on n'observe pas une période mélancolique, qui se manifeste tantôt par une simple dépression, tantôt par une hypochondrie très marquée. Très rarement on voit survenir les premières lésions du mouvement pendant cette période mélancolique, cependant, ainsi que l'a vu M. Calmeil (*loc. cit.*, p. 328), cela peut arriver, les malades ont encore pendant quelque temps du délire mélancolique, qui se transforme presque immédiatement en

démence. — Dans les premiers temps de la maladie le caractère et la manière d'être des paralytiques sont très variables. Au début, l'intelligence est généralement moins active et moins énergique, le malade est distrait, la chose la plus frivole l'afflige et le chagrine; parmi les prodromes on observe aussi de temps en temps une perversion du caractère et des sentiments affectifs qui, se manifestant parfois d'une manière subite chez des individus qui jouissent de leur liberté et qui s'occupent de leurs affaires, donne souvent naissance à des questions médico-légales qui mettent les magistrats dans un certain embarras : c'est ainsi que l'on voit des individus commettre des attentats contre la propriété (c'est parce que dans leur imagination ces objets qu'ils volent leur appartiennent réellement, soit, — et cela est fréquent, — parce qu'il leur passe tout à coup dans le cerveau une envie qu'ils peuvent satisfaire sans que personne s'y oppose), ou bien encore des actes impudiques, etc.

Quoi qu'il en soit, il arrive presque toujours un moment où les malades présentent un état d'excitation mentale générale, et c'est ordinairement alors qu'apparaissent les premiers signes distincts de lésion musculaire, avec le délire vague de la manie, ou bien accompagnés de ces idées fixes dont nous avons parlé en étudiant la monomanie, de cette monomanie des grandeurs à laquelle on attribue une si grande importance au point de vue du pronostic en raison même de sa très grande fréquence dans la paralysie générale. Ces malades sont actifs, affairés, ils parlent beaucoup, ils sont toute la journée en mouvement, ils font des achats, ils font de grands projets; leur tenue est bizarre, singulière, extravagante, cependant pour le vulgaire ce ne sont pas encore des aliénés. Bientôt ils ne s'observent plus, ils sont dans un état d'agitation constante, ils manifestent en toutes choses leur contentement et leur orgueil, ils font des cadeaux, des prodigalités; ils racontent des histoires imaginaires, dans lesquelles ils se contredisent souvent; de temps à autre ils se livrent à la boisson ou à des indécences grossières; en un mot, d'après l'expression de M. Neumann, ils se font impossibles. Quand les malades entrent à cette époque dans les asiles d'aliénés, l'isolement et le régime les calment ordinairement un peu, mais le plus souvent cet état n'est que de courte durée, et bientôt on voit apparaître cette monomanie des grandeurs, caractéristique de la paralysie générale, dans laquelle tout ce qui est relatif au malade prend à ses yeux des proportions colossales qu'il exprime en entassant les superlatifs et les nombres les plus énormes. En même temps que ce délire ambitieux apparaît, l'état mental s'aggrave, l'intelligence, le caractère, les sentiments s'affaiblissent. Les malades se contredisent souvent dans leurs conceptions délirantes, ils persistent peu dans leurs idées et les oublient bientôt pour passer à d'autres; le cercle des idées chez eux est très étroit, bien que l'imagination paraisse très

active ; puis l'incohérence arrive, surtout dans les écrits ; enfin, et cela est vraiment très remarquable, leur esprit accepte toutes les idées, même les plus absurdes, comme si elles étaient des réalités, ces idées envahissent complétement et dominent le *moi* qui n'y oppose aucune résistance. Leur volonté est faible ; ils paraissent violents, mais ils sont aussi fciles à conduire que des enfants, on les domine aisément, enfin ils sont assez impressionnables et pleurent facilement.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles devient toujours de plus en plus profond à mesure que les phénomènes paralytiques se dessinent davantage ; le malade perd la mémoire, il ne peut plus associer les idées, il se néglige complétement, devient sale, etc. A partir de ce moment, la démence progresse parallèlement à la paralysie, cependant chez quelques individus la marche de la maladie est modifiée de différentes façons, ils s'agitent, ils ont parfois même des accès de manie, ils poussent des cris, entrent en fureur et cherchent à tout détruire autour d'eux. Il y a des malades qui, même dans cet état, parlent pendant fort longtemps, mais sans attacher réellement de sens à ce qu'ils disent, de leurs idées de grandeurs, ils possèdent des provinces entières, des mondes, des millions, des richesses, etc. ; modifiant le chiffre de leur fortune, l'importance de leur position, de leurs honneurs, suivant la position qu'ils avaient antérieurement. L'un possède mille millions de milliards, tout ce qui existe au monde lui appartient, il a créé le monde, etc. Un autre fait bâtir les châteaux les plus splendides, il a acheté l'Italie, il a conquis et détruit toute l'Asie, il a renversé le pont qui mène à la lune, il a amené la Chine à Paris, il a 800 pieds de haut, etc. D'autres font 100 lieues dans un jour, ils font dans le même temps cent tragédies, mille poëmes ; un autre a une tête d'or et de diamant, des chevaux et des palais d'or, etc.

Du reste, la monomanie des grandeurs n'est pas toujours aussi complétement exprimée. Sans compter les cas, d'ailleurs fort rares, où l'état mental conserve longtemps le caractère de la dépression, et où l'on n'observe aucun signe d'agitation que l'on puisse rattacher à la manie, il n'est pas rare de voir des malades chez qui l'excitation des idées ne se manifeste pas par des conceptions ambitieuses ; comme cela se voit dans beaucoup de délires exaltés, les malades se trouvent contents de tout, ils se trouvent heureux de tout, tout leur fait plaisir, ou bien ils se vantent d'une foule de choses ; enfin il est aussi des cas où le délire ne roule que sur des idées assez modestes, comme, par exemple, on voit des femmes dire qu'elles ont chez elles de belles robes, etc. Bientôt l'état mental dégénère en démence, la physionomie perd toute expression, et le malade se laisse sans aucune résistance enfermer dans un asile d'aliénés ; le délire n'est plus alors que le reliquat de l'activité extrême que l'imagination avait présentée tout d'abord, il est purement mécanique.

A la dernière période de la maladie ces idées de grandeur disparaissent complétement; le paralytique est alors dans un état profond d'obtusion; il est aussi incapable d'avoir une idée que de prononcer un mot entier; rien de ce qui l'entoure ne fait impression sur lui, n'arrive jusqu'à lui, les instincts primitifs disparaissent eux-mêmes, le malade ne demande pas à manger, il faut qu'on le force à prendre des aliments, quelquefois même il faut les lui mettre dans la bouche.

Au début et pendant une période encore assez longue de la paralysie générale, les malades conservent leur appétit, les digestions sont bonnes, la nutrition se fait bien; ils mangent beaucoup, ils mangent même avec avidité, ils ont généralement bonne mine, il en est même qui engraissent; dans quelques cas seulement nous avons vu de ces malades présenter une sécheresse surprenante de la peau, avec anesthésie cutanée et mortification de portions étendues de l'épiderme. Ce n'est ordinairement que dans la dernière période que les malades maigrissent; il se forme des eschares gangréneuses sur différents points de la peau, principalement à la partie postérieure du tronc, il survient de larges abcès, des suppurations abondantes, les extrémités s'infiltrent, enfin apparaît la fièvre hectique liée tantôt à la résorption purulente, tantôt à des affections aiguës ou chroniques de l'intestin, avec diarrhée abondante et ulcérations intestinales, tantôt enfin à une tuberculose générale. Quelques paralytiques meurent aussi de pneumonie et surtout de pneumonie lobulaire consécutive à une bronchite chronique, etc.

Le travail de M. L. Meyer semble démontrer que le travail pathologique qui se fait dans l'encéphale, et qui donne naissance à la folie paralytique, s'accompagne déjà par lui-même d'une augmentation fébrile de la température du corps, et que, en particulier, les accès maniaques qui surviennent chez ces paralytiques sont en rapport direct avec l'élévation de température; toutefois cette différence de température est souvent très insignifiante, et quant à moi il me paraît problématique que l'on puisse vouloir se baser sur aussi peu de chose pour établir une distinction entre ces formes d'excitation chez les paralytiques et les états d'excitation que l'on observe dans les autres formes mentales. — M. Sander a trouvé (*Virchows Archiv*, t. XV, p. 160) que la sécrétion de l'urée était assez faible, même chez les malades qui mangeaient bien et qui maigrissaient; il explique ce fait en disant que chez ces individus la résorption des éléments nutritifs était faible.

§ 177. — Tout le monde est d'accord sur ce fait que la folie paralytique est infiniment plus fréquente chez l'homme que chez la femme. D'après M. Calmeil, sur 15 aliénés chez les hommes il y a 1 paralytique, et chez les femmes 1 sur 50; d'après Bayle, à Charenton, la paralysie était huit fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes;

M. Foville sur 334 aliénés trouvait 31 paralytiques, dont 22 hommes et 9 femmes ; M. Hoffmann a trouvé de son côté 18 paralytiques femmes contre 138 hommes ; à Leubus il y avait sur 2700 aliénés 13,76 pour 100 de paralytiques hommes et seulement 3,16 pour 100 de femmes ; à Prague, sur 63 paralytiques, 6 femmes (Duchek) ; à Stephansfeld, de 1835 à 1852, la proportion des paralytiques relativement au nombre des aliénés était de 1 sur 6 chez les hommes et de 1 sur 26 pour les femmes ; M. Bazire à Bordeaux avait sur 996 femmes aliénées 62 paralytiques, etc. — Quelles sont les causes de cette différence entre les deux sexes ? Cela est difficile à expliquer ; on peut admettre avec assez de raison que chez les hommes les excès alcooliques et vénériens sont plus fréquents que dans le sexe féminin, et l'on sait que ce sont là des causes qui prédisposent le cerveau aux affections qui déterminent la folie et en particulier la folie paralytique ; peut-être l'abus du tabac à fumer et du café a-t-il aussi une certaine part d'influence ; cependant il n'est pas très rare non plus de voir la paralysie générale apparaître chez des individus qui mènent la vie la plus régulière, chez qui l'on ne peut attribuer la maladie à aucune des causes que nous venons de signaler, non plus qu'à la syphilis, à qui depuis quelque temps on a voulu faire jouer un rôle très important dans l'étiologie de cette affection (1).

Avant l'âge de vingt ans on ne voit jamais ou presque jamais la folie paralytique ; c'est vers quarante ans qu'on en observe le plus de cas. Elle

(1) Cette question de la fréquence relative de la paralysie générale chez les hommes et chez les femmes ne saurait être jugée par les statistiques des asiles dans lesquels sont conduites les femmes des classes pauvres. La maladie, en effet, est très rare chez les femmes des classes riches et très commune, dans les grandes villes, chez les femmes des classes pauvres. En s'en tenant à ces dernières, on aurait donc une proportion assez forte, mais qui serait très différente dans les asiles consacrés aux malades riches. C'est ainsi qu'à Charenton il y a déjà beaucoup moins de femmes atteintes de paralysie générale qu'à la Salpêtrière. Dans l'établissement privé d'Esquirol, la proportion est encore bien moindre qu'à Charenton. Or, les malades de ces trois établissements représentent précisément trois classes différentes : la classe pauvre, la classe moyenne et la classe riche.

La rareté de la paralysie générale chez les femmes de la société est un fait extrêmement remarquable. Il peut jeter le plus grand jour sur l'étiologie de la maladie. Pourquoi les femmes des classes riches, si souvent atteintes de folie simple, sont-elles épargnées par la folie paralytique ? Pourquoi n'en est-il pas de même pour les hommes de toutes les classes et pour les femmes indigentes ?

La raison de cette différence ne peut se trouver que dans le genre de vie, les occupations, le régime, etc. A notre avis, les principales causes de la paralysie générale sont :

Chez les hommes riches, les excès de travaux intellectuels, les excès de veilles,

est plus fréquente dans les classes instruites (1), chez les militaires, les officiers, les hommes d'affaires, les employés; elle est fréquente aussi chez les individus dont l'esprit est facile à surexciter, chez les poëtes, les musiciens, les savants, surtout quand ils ont un tempérament sanguin; des excès de travaux intellectuels, et plus encore de profondes émotions paraissent aussi avoir une très grande influence sur la production de la maladie. — Le climat semble avoir également une certaine influence sur la fréquence de la paralysie; elle est plus rare dans certains pays méridionaux (par exemple dans le sud de la France) que dans le nord.

Il semble que la paralysie générale ne soit nulle part aussi fréquente qu'en France, ou du moins dans les asiles de Paris; d'après Bayle (1855), la proportion des paralytiques est de 1 sur 4 aliénés (par contre, M. Baillarger donne pour Bicêtre et la Salpêtrière réunis une proportion de 1 sur 16 seulement) (2). A Vienne (Autriche) la paralysie est fréquente (en 1855 et 1856 on trouvait environ une proportion de 12 pour 100 sur les admissions, mais ce chiffre s'élevait encore après l'admission); dans le Tyrol (Stoltz, 1851) elle est plus fréquente qu'en Bohême (Duchek). La proportion de paralytiques signalée par M. Bini pour l'asile de Florence

les excès alcooliques, les excès vénériens, le régime trop animalisé, la syphilis, l'abus du tabac.

Chez les ouvriers des grandes villes, les abus alcooliques, les excès vénériens, les excès de travaux avec une réparation insuffisante, la syphilis, l'abus du tabac.

Chez les femmes des classes pauvres, excès alcooliques, excès de travaux et de veille avec réparation insuffisante, la syphilis.

Les femmes des classes riches ne sont que peu soumises à ces causes; point d'excès de travaux intellectuels, point d'excès de régime; quant aux excès de veilles, si beaucoup de femmes du monde se fatiguent sous ce rapport, on remarquera qu'elles ont pour réparer leurs forces de longs repos et un très bon régime. Or, il n'en est pas de même pour les excès de veilles et de travaux des femmes pauvres, les longs repos et le bon régime leur manquent.

(B.)

(1) A Leubus, la proportion des aliénés paralytiques (hommes) était de 13,76 pour 100; et, sur ce nombre, 25 pour 100 environ appartenaient aux classes élevées.

(2) Il y a ici une erreur, c'est 1 sur 6 et non 16 qu'il faut lire. Dans la leçon publiée en 1846, j'ai dit en effet : « Dans les hospices réunis de Bicêtre et de la Salpêtrière, la proportion s'est élevée *à plus d'un sixième* » (*Annales médico-psychologiques*, 1846, t. VIII, p. 425.

J'ajouterai que la paralysie générale semble plus fréquente encore dans les asiles de Londres que dans ceux de Paris; le fait paraît certain pour les femmes des classes pauvres. (Voyez le *Traité de la paralysie générale*, du docteur Austrin.)

(B.)

est vraiment surprenante (environ 18 pour 100 des admissions); il est très remarquable aussi que M. Guislain dans les dernières années avant 1850 ait constaté dans le pays de Gand une diminution considérable du nombre des paralytiques (*Leçons orales*, t. II, p. 104), tandis que partout on observe plutôt une augmentation. — Ce serait un travail très intéressant que de réunir tous les relevés statistiques qui ont été faits jusqu'à présent et de les comparer entre eux; on ferait ainsi disparaître plus d'une erreur qui a cours dans la science, et l'on arriverait sans doute à mettre en lumière les véritables causes de la maladie.

§ 178. — La durée de la folie paralytique varie de quelques mois à environ trois années; il y a quelques faits exceptionnels (Brierre de Boismont, Trélat) dans lesquels la maladie a duré beaucoup plus longtemps, et même dix ans, mais elle présentait alors de longues périodes de rémission. Quand les malades sont soignés dans leur famille, ils vivent plus longtemps que dans les asiles, on doit avoir pour eux les mêmes soins que si c'étaient de petits enfants. Les attaques de congestion dont nous avons parlé plus haut accélèrent la marche de la maladie et exercent sur elle une influence fâcheuse; souvent même on voit la maladie s'aggraver considérablement d'un jour à l'autre, sans qu'il y ait de cause appréciable.

On a publié quelques faits de guérison ou du moins d'amélioration considérable et assez prolongée, mais dans lesquels cependant la récidive paraissait toujours imminente; M. Calmeil en a observé deux cas, Bayle six; MM. Flemming, Snell, Ferrus, Baillarger, ont également rapporté quelques faits de guérison. Mais dans l'immense majorité des cas, les malades meurent dans un temps donné. Par contre, il est moins rare de voir une amélioration passagère, quelquefois même de véritables rémissions, mais malheureusement elles ne sont que de très courte durée (1).

La folie paralytique est caractérisée par une marche essentiellement progressive, mais en général cette progression est plutôt irrégulière que constante, elle est souvent même saccadée. Il est assez fréquent de voir

(1) Pour ce qui est de la guérison de la paralysie générale, il est nécessaire de s'entendre sur l'époque à laquelle on peut établir le diagnostic.

Or, on sait que pour les uns la maladie est primitive dans l'immense majorité des cas, et que pour les autres elle est très souvent une complication de la folie survenant à une époque plus ou moins éloignée du début.

Évidemment ceux qui professent la première opinion compteront beaucoup plus de cas de guérison, mais ces cas pourront paraître plus ou moins discutables. Je ne puis que renvoyer à la fin de l'ouvrage pour cette question des guérisons, qui se trouve étroitement liée à celles que j'ai posées plus haut. Il en est de même de la question des rémissions. (B.)

survenir des rémissions aussi bien dans les symptômes intellectuels que du côté du mouvement; dans certains cas, le malade ne présente plus aucune trace de délire, il peut s'occuper de ses affaires, les signes de la paralysie générale se bornent à un léger bégayement et à une certaine faiblesse de l'intelligence et du caractère. Ces rémissions peuvent durer quelques semaines, on en a même vu d'un an à un an et demi; toutefois ces signes légers de l'affaiblissement intellectuel sont suffisants pour que l'on ne regarde pas ces individus comme sains d'esprit, ce qui, on le comprend aisément, peut avoir dans certains cas une importance très grande, les gens étrangers à la médecine ne trouvant pas chez eux les signes ordinaires de la folie. Souvent ces rémissions sont brusquement interrompues par une attaque de congestion, à la suite de laquelle le malade retombe dans un état grave, et la paralysie marche alors rapidement vers son terme fatal.

On a fait un très grand nombre de recherches très intéressantes sur l'état du cerveau dans la paralysie générale (voy. le chapitre de l'anatomie pathologique) ; elles démontrent que l'altération qui détermine la maladie n'est pas la même dans tous les cas. Ici comme dans les autres affections du système nerveux, des lésions anatomiques variables peuvent donner lieu aux mêmes groupes de symptômes. L'apoplexie ordinaire ne détermine jamais cette forme de paralysie; d'un autre côté, on voit souvent dans les attaques de congestion avec perte de connaissance des épanchements sanguins plus ou moins considérables se former dans la cavité de l'arachnoïde, épanchements qui s'enkystent plus tard ou qui, lorsque la quantité de sang est petite, se transforment en fausses membranes minces, comme des efflorescences à la face interne de la dure-mère sur la convexité des hémisphères.

Mais on ne peut admettre que les attaques congestives apoplectiformes soient toujours le résultat d'une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde (hématome) ; il y a des cas où ces attaques se reproduisent plusieurs fois et avec une certaine intensité, sans qu'il se fasse d'hémorrhagie. — On voit quelquefois, mais cela est assez rare, les traces de l'apoplexie ordinaire dans le cerveau d'individus qui ont succombé à la folie paralytique; c'est là une simple complication; jamais, je le répète, cette forme d'apoplexie ne détermine la paralysie générale.

Le plus souvent le diagnostic de la folie paralytique ne présente pas de difficultés; il repose sur l'ensemble des symptômes; la paralysie est généralisée, mais incomplète, elle a une marche essentiellement progressive, et au début les phénomènes que l'on observe ont plutôt le caractère convulsif que paralytique; le tremblement de la langue et des lèvres, la forme spéciale de la folie, la monomanie des grandeurs et l'affaiblissement rapide des facultés intellectuelles, enfin la marche irrégulière de tous les

symptômes en général, tels sont les principaux traits qui permettent facilement de reconnaître la paralysie générale. En étudiant avec soin la sémiologie de cette affection, on arrivera toujours aisément à la distinguer des paralysies par hémorrhagie cérébrale, ou consécutives à une embolie, à une encéphalite, ou déterminées par la présence d'une tumeur cérébrale; il en sera de même des paralysies hystériques ou par intoxication, de la paralysie spinale progressive, du tremblement sénile, de l'atrophie musculaire progressive, etc.

Dans la première édition de cet ouvrage j'ai fait remarquer la grande analogie qui existe entre la folie paralytique et l'alcoolisme; depuis lors cette question a été reprise par M. Lasègue (*Arch. gén. de méd.*, 1853, p. 49) et par M. Bayle (*Ann. méd.-psych.*, 1855, t. VII, p. 428). Le premier fait remarquer à ce propos qu'il y a des cas où le diagnostic est très difficile à établir entre la folie paralytique et l'alcoolisme; la marche de la maladie permet cependant de trancher la question.

§ 179. — Nous avons à mentionner une seconde complication importante de la folie, c'est l'épilepsie. Toutes les formes de mouvements convulsifs que l'on comprend sous le nom d'épilepsie ont de nombreux points de contact et de transition avec les troubles des facultés intellectuelles; ce contact et ces transitions peuvent se présenter soit dans les symptômes qui précèdent, accompagnent ou suivent les attaques d'épilepsie, soit dans la marche générale de la maladie.

Avant l'attaque, on observe assez souvent des troubles intellectuels notables, un obscurcissement, une incohérence des idées comme dans l'ivresse, ou bien un abattement profond, de la tristesse, un état de douleur et d'anxiété, ou encore des hallucinations des divers sens immédiatement avant l'attaque.

Pendant l'attaque, dans les cas d'épilepsie confirmée, l'intelligence est complétement suspendue. Du moins le malade ne conserve de ce moment le souvenir d'aucun acte intellectuel, bien que l'expression d'étonnement ou de frayeur que l'on observe souvent sur sa figure puisse donner à penser que son esprit est sous le coup d'une grande souffrance. Mais il y a une foule d'états épileptiques dans lesquels on peut constater pendant l'attaque l'existence d'un trouble intellectuel. Ainsi il est fréquent de voir des attaques, qui tantôt précèdent, tantôt, au contraire, remplacent les mouvements convulsifs intermittents, consistant principalement en une anomalie psychique facile à constater et dont les malades conservent parfois un souvenir au moins partiel, et ne s'accompagnant que de désordres souvent très limités du mouvement (par exemple, quelques contractions des muscles de la face, relâchement des muscles des bras, mouvements de déglutition, etc.). Chez certains de ces malades il survient tout à coup une suspension ou une cessation complète de la pensée;

ils ne sont plus à ce qui les entoure ; les yeux sont hagards, le malade, s'il était en train de causer, murmure à plusieurs reprises le dernier mot qu'il a dit ; puis il revient à lui, s'aperçoit de l'absence qu'il a eue, il cherche à la dissimuler, ou bien il reprend la conversation au point où il l'a laissée. Ces malades décrivent l'état que nous venons de mentionner comme une douleur morale profonde avec dépression et incohérence, c'est comme s'ils avaient fait un rêve pénible ; ils disent qu'ils éprouvaient une grande anxiété ou le sentiment d'un malheur accablant, sans pouvoir en trouver la raison. D'autres malades, après avoir perdu plus ou moins conscience du monde extérieur, se livrent à des mouvements, à des séries d'actes dénotant chez eux un état de rêve d'un caractère variable, mais en général pénible et accompagné de dépression ; le plus souvent les malades n'en conservent aucun souvenir.

Immédiatement après l'accès, on observe souvent des troubles très considérables des facultés intellectuelles. Quelquefois les malades parlent plus ou moins longtemps disant des phrases incohérentes comme s'ils étaient en démence, et l'on voit des cas où l'intelligence ne revient qu'au bout de quelques jours à son état normal. Ce qui est plus grave encore, ce sont les paroxysmes de manie succédant immédiatement à l'attaque convulsive, et se manifestant par des accès de violence et de fureur, comme on en voit à peine dans les cas de manie ordinaire. Dans d'autres cas, ce sont des accès de mélancolie profonde, soit calme, soit agitée, et dans ce dernier cas l'agitation va quelquefois jusqu'à constituer un véritable état de manie. En général ces accès de folie s'améliorent promptement surtout sous l'influence du sommeil ; mais quelquefois aussi ils dégénèrent en un état de stupeur, dans lequel les malades, en proie à la fièvre et à une congestion plus ou moins intense de la tête, sont profondément abattus, prostrés, et parfois ils succombent au bout de quelques jours ou même de plusieurs semaines, présentant des symptômes typhoïdes mal caractérisés et dont on ne retrouve aucune trace à l'autopsie.

Ces dérangements intellectuels peuvent même survenir sans avoir été précédés d'attaques convulsives, ou bien remplaçant en quelque sorte ces attaques ; le même phénomène se reproduit ensuite un certain nombre de fois, et alors on observe des attaques de manie intermittente fort grave, alternant avec les attaques épileptiques.

Mais il y a aussi un très grand nombre d'épileptiques qui même dans les intervalles de leurs attaques offrent un état d'aliénation mentale chronique. Pour bien apprécier la fréquence de ce fait, ce n'est pas d'après les cas isolés qui se présentent dans la pratique privée, que l'on peut étudier la question, il faut rechercher les résultats fournis par l'observation dans les grands asiles destinés à ces malades. Ainsi, sur 385 femmes

épileptiques observées par Esquirol il y avait 46 hystériques dont un grand nombre avaient des accès d'hypochondrie ou de manie, 30 autres maniaques, 12 monomaniaques, 8 idiotes, 145 imbéciles (dont 16 atteintes d'imbécillité complète permanente); 50 autres avaient la mémoire très faible et de l'exaltation dans les idées; 60 malades seulement (c'est-à-dire à peine un cinquième) ne présentaient aucun désordre intellectuel, mais elles étaient irritables, capricieuses, colères. Il est fréquent de voir survenir chez les épileptiques cette modification du caractère, ils deviennent tristes, mécontents de tout, misanthropes, quelquefois même ils ont des accès de mélancolie véritable avec tendance au suicide; la cause en est le plus ordinairement dans le sentiment qu'ils ont de leur position triste et exceptionnelle, et de la mort morale à laquelle les condamne leur maladie.

Le trouble intellectuel persistant le plus grave chez les épileptiques est la démence. Cette dégénérescence arrive d'autant plus vite que les attaques convulsives sont plus fréquentes. La mémoire s'affaiblit, l'intelligence devient lente et paresseuse, l'imagination perd son originalité, sa chaleur et sa couleur, le cœur se dessèche. La physionomie et la tenue changent; les lèvres s'épaississent, les traits deviennent gros et lourds, la figure exprime la méchanceté et la haine. Quand les attaques s'affaiblissent et deviennent de plus en plus rares, on peut voir les facultés intellectuelles se relever quelque peu; mais dans l'épilepsie la guérison radicale est rare, et la plupart des individus qui en sont atteints arrivent presque fatalement à la démence.

L'existence de ces formes convulsives intermittentes chez les aliénés a une importance capitale au point de vue du pronostic. Ainsi l'on doit regarder les déments épileptiques comme complétement incurables, et dans les autres formes de folie compliquées d'épilepsie, la guérison est tout à fait exceptionnelle. Aussi les asiles d'aliénés qui sont spécialement destinés aux affections curables ne reçoivent-ils pas les cas de folie liés à l'épilepsie.

Les troubles intellectuels que l'on observe chez les épileptiques n'ont pas à beaucoup près un caractère aussi spécial que ceux des paralytiques; ils peuvent affecter différentes formes, mais il se terminent toujours par l'affaiblissement de l'intelligence. On voit quelquefois aussi chez les épileptiques des paralysies musculaires, mais elles ne débutent pas par la langue et les lèvres, et assez souvent elles ne sont qu'unilatérales; la forme du délire n'est pas non plus la même que chez les paralytiques. — Voyez les travaux récents, entre autres l'ouvrage de M. Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, Paris, 1854; Flemming, *Psychosen*, p. 118; Haushalter, *Du délire épileptique*, thèse de Strasbourg, 1853; Weyers,

ibid., 1857; Cossy, *Recherches sur le délire aigu des épileptiques*, Paris, 1854 (1).

§ 180. — La folie peut encore être compliquée d'une foule d'autres phénomènes morbides du côté du système nerveux moteur. Tantôt ce sont des états convulsifs passagers, analogues aux attaques d'hystérie ou succédant à une congestion violente de la tête, ou à une méningite aiguë; tantôt ce sont des convulsions générales, à marche chronique, des mouvements choréiques, le malade va en avant, tourne sur lui-même, ou marche en cercle, etc.; ou bien des convulsions cloniques, bornées à un ou plusieurs groupes musculaires, le malade branle constamment la tête, ou bien il a des soubresauts convulsifs dans les membres pendant la marche, etc.; ou enfin des contractures, suivies ou non de paralysie des membres, de strabisme, etc. Nous avons insisté plus haut sur le pronostic fâcheux de ces symptômes.

Un autre phénomène qui a également une signification grave et sur lequel on n'a pas insisté suffisamment jusqu'ici, ce sont ces névralgies vagues que l'on observe dans toutes les parties de l'organisme, assez souvent à l'époque où la maladie se transforme en un état d'affaiblissement incurable. Leur fréquence dans les circonstances que nous venons d'indiquer nous porte à les regarder comme ayant leur origine dans les centres nerveux, comme ayant une liaison intime avec la folie, et surtout avec les altérations organiques qui se produisent ordinairement à cette époque dans la cavité du crâne. Souvent ces douleurs ressemblent beaucoup à ces névralgies cutanées que les malades comparent à la sensation que l'électrisation fait éprouver; elles ne doivent nullement être rangées parmi les névralgies que l'on désigne à tort sous le nom de rhumatismales.

Enfin nous devons signaler comme une complication fréquente et intimement liée à l'affection du cerveau, les symptômes fébriles qui accompagnent souvent le premier début de la folie. A l'époque où les symptômes de la maladie cérébrale commencent à être manifestes, on observe souvent des frissons, de la chaleur, de la courbature, de la soif, la langue est chargée, l'appétit est troublé, ainsi que la sécrétion urinaire et les garderobes, l'épigastre est sensible, le malade maigrit rapidement. En général cet ensemble de phénomènes se dissipe au bout de quelques semaines ou même de quelques jours, soit spontanément, soit sous l'influence de moyens très simples, et à partir de ce moment la

(1) Je crois devoir faire remarquer que si beaucoup d'épileptiques deviennent aliénés, rien n'est plus rare que de voir des aliénés devenir épileptiques. Il serait donc plus exact peut-être de ranger la folie dans les complications de l'épilepsie et non l'épilepsie dans les complications de la folie. C'est d'ailleurs une question de mots et qui n'a que peu d'importance. (B.)

folie continue à marcher sans fièvre, sauf de très rares exceptions. Il n'est pas rare de voir des médecins prendre ces cas pour des fièvres gastriques, rhumatismales ou catarrhales, car les symptômes cérébraux sont alors peu marqués, et dans leur idée la folie a succédé à la fièvre parce que celle-ci n'a pas eu de crise. Ou bien encore on regarde l'enduit de la langue, l'inappétence et la constipation comme étant les signes d'une affection abdominale grave, laquelle a eu pour résultat la maladie mentale. Pour apprécier comme il convient la valeur de ces symptômes, il suffit d'un examen attentif et d'une analyse rigoureuse des faits. On trouvera alors facilement l'analogie de ces symptômes avec ce qui se passe dans les autres affections cérébrales.

LIVRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES MALADIES MENTALES.

§ 181. — Si dans les maladies on ne voit pas seulement des symptômes, mais bien des états anormaux des organes donnant naissance aux phénomènes que l'on observe, on conviendra avec nous que les lésions révélées par les autopsies des aliénés constituent une partie importante de la psychiatrie. Dans le fait, c'est ici, dans l'étude anatomique de ces maladies, que devra se résoudre la question : quels sont les états pathologiques qui nous donnent ces séries de symptômes comprises sous la dénomination de maladies mentales ? C'est donc ici enfin que seront posées les bases d'un véritable diagnostic, c'est-à-dire d'un diagnostic anatomique. Les autopsies cadavériques ne sont pas pour nous un moyen seulement de satisfaire notre curiosité lorsque tout est fini pour le malade; l'anatomie pathologique ne se borne pas simplement à constater et à enregistrer les anomalies constatées par les observateurs; nous avons non-seulement à signaler la valeur de l'absence ou au contraire de l'existence de telle ou telle lésion, à rechercher le lien plus ou moins étroit qui la rattache à la production de la maladie, mais encore nous avons à examiner si de l'enseignement qui résulte de la constatation des faits anatomo-pathologiques on ne peut pas déduire certaines données fondamentales capables de jeter une plus vive lumière sur la nature intime, sur l'essence de ces maladies, sur la physiologie et la pathologie du cerveau en général. A ce titre, nous osons espérer que cette partie de notre travail ne demeurera pas sans résultat.

SECTION PREMIÈRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES.

§ 182. — Les altérations anatomiques qui correspondent à la folie, c'est-à-dire qui pendant la vie donnent naissance aux anomalies psychiques, ne doivent naturellement être recherchées nulle part ailleurs que dans la tête, dans le cerveau et ses membranes. — Dans l'état actuel de

la science il est un fait incontestable, c'est que dans une foule d'autopsies de personnes ayant été atteintes de folie, on ne trouve aucune anomalie dans ces parties. En laissant de côté les observations incomplètes et les cas où la folie avait cessé avant la mort, il reste encore un certain nombre de faits appartenant à des observateurs soigneux et versés dans l'étude spéciale de la folie, dans lesquels la cavité du crâne et tout son contenu en général présentaient un état normal.

La constatation de ces faits est tout aussi intéressante que les cas où l'on trouve des lésions anatomiques. En effet, puisque nous devons admettre dans tous les cas de folie une affection pathologique du cerveau, ces résultats négatifs nous montrent, d'une part, la grande analogie qui existe entre les affections cérébrales sans lésion anatomique et une foule d'affections du système nerveux central ou périphérique sans altération de tissus, et d'autre part, ils nous fournissent quelques conjectures assez consolantes sous le rapport du pronostic et du traitement.

Toutefois, pour éviter de tirer des conclusions erronées de ces faits où l'on ne trouve aucune lésion anatomique, il ne faut pas perdre de vue que, d'après la statistique rigoureuse, ces faits ne représentent jamais que la minorité. Pour se faire une idée de leur fréquence, il ne faut pas s'appuyer sur les rapports des médecins aliénistes qui, occupés presque exclusivement d'administration, n'ont pas le temps de se livrer à des études approfondies sur la structure du cerveau et sur les altérations pathologiques dont il peut être le siége, qui ne font les autopsies du cerveau que d'une façon superficielle et grossière, et n'y trouvent jamais rien d'anomal. Dans de pareilles circonstances, que d'altérations fines et délicates, mais fort importantes déjà (et je ne parle pas ici des lésions qu'on découvre avec le microscope) doivent échapper aux modes ordinaires d'investigation ! Aussi ne doit-on généralement accorder une valeur réelle aux travaux dans lesquels les auteurs ont noté des lésions anatomiques ou des anomalies du cerveau, que dans les cas où l'esprit de ces travaux indique que leur auteur est versé dans l'étude de l'anatomie pathologique. Si l'on songe aux progrès qu'a faits la médecine moderne sous le rapport des maladies du cerveau, aux lésions naguère inconnues et que l'on a découvertes dans ces derniers temps, on admettra que les observations anciennes doivent nécessairement être incomplètes, et l'on comprendra toute l'importance qu'il y a à faire dans l'avenir des recherches exactes et précises, maintenant que l'anatomie pathologique du cerveau est mieux connue.

Ce n'est qu'avec une extrême réserve que nous devons accepter ces résultats négatifs des nécropsies d'aliénés, ainsi que les théories auxquelles ils ont servi de base et les conclusions qu'on en a tirées. De ce qu'on ne trouve parfois aucune lésion anatomique, on ne doit pas dire pour cela

que les lésions du cerveau dans la folie n'ont aucune importance, ni vouloir conclure de là que ces altérations, dans les cas mêmes où elles existent, ne peuvent pas être la cause des dérangements intellectuels. C'est comme si l'on voulait, de ce que la toux et la dyspnée existent parfois sans lésion anatomique des poumons, en déduire que ces symptômes dans la pneumonie ne sont pas le résultat de l'inflammation pulmonaire, ou encore si l'on voulait, de ce qu'il existe des cas de convulsions, de paralysie, de contracture, sans altération de structure de la moelle épinière, conclure de là que dans la myélite ces symptômes ne sont pas dus à l'inflammation de la moelle, et sont le résultat d'une cause inconnue! — Il est vrai que, lorsqu'on a constaté un état pathologique quelconque du cerveau, la question n'a encore fait qu'un pas, et que l'on ne doit pas vouloir s'en tenir là et y voir précisément l'altération qui a déterminé immédiatement les anomalies intellectuelles. Quant au rapport intime qui existe entre le genre d'altération que l'on observe et la forme de la folie que présentait le malade, on ne peut guère songer quant à présent à l'établir d'une manière bien précise. C'est déjà un grand point que d'établir que dans tel cas, chez tel aliéné, il existait dans la cavité du crâne un état pathologique palpable, de quelle nature était cette altération, comment elle s'est développée et quel lien même éloigné elle peut avoir avec la production de la maladie mentale.

Nous n'avons plus aujourd'hui à réfuter les erreurs grossières, les allégations fausses que les écoles anciennes, qui étudiaient la folie exclusivement au point de vue psychologique et moral, faisaient valoir contre ceux qui voulaient chercher dans les maladies mentales des lésions anatomiques. De nos jours c'est plutôt dans le domaine même de l'anatomie pathologique que les méprises ont lieu. Il ne faut pas, en effet, vouloir chercher dans les lésions que l'on constate dans le crâne la cause immédiate de telle ou telle forme mentale déterminée, de telle ou telle forme de délire, ni vouloir rattacher directement les divers symptômes de l'aliénation aux lésions anatomiques révélées par l'autopsie. Les tentatives de ce genre ont complétement échoué jusqu'à présent et échoueront sans doute longtemps encore. Les lésions que l'on observe ne peuvent, dans l'état actuel de la science, que nous montrer d'une manière générale que le cerveau ou l'encéphale est malade, et quel genre d'altération il a éprouvé. Mais comment un dérangement intellectuel, comment telle ou telle forme mentale a pu être le résultat de cette altération, pourquoi cet état pathologique devait chez tel individu déterminer la folie, tandis que chez un autre un état analogue n'eût peut-être rien produit de semblable, voilà ce que nous ne saurions jusqu'ici décider même d'une façon approximative. Il est certain que l'on trouve chez les aliénés une foule d'altérations anatomiques qui n'ont aucun rapport avec la folie; telles

sont, par exemple, diverses lésions qui déterminent finalement la mort, méningite récente, foyers apoplectiques, noyaux de ramollissement, etc.; ce sont là des complications qui sont venues mettre un terme à la série des symptômes, mais qui le plus souvent ne sont pas simplement accidentelles. Sans doute ces diverses affections peuvent se présenter d'une façon aiguë et entraîner promptement la mort; mais quelquefois aussi elles surviennent comme de simples complications, elles restent stationnaires, ou même elles guérissent en partie, et alors on trouve à l'autopsie des lésions plus ou moins anciennes et qui n'ont pas un rapport direct avec les symptômes de la folie observés pendant la vie. Il est difficile d'établir une distinction bien précise entre ces divers ordres de faits, à moins de posséder des connaissances profondes en anatomie pathologique et une grande expérience spéciale. Personne ne saurait prétendre que tout trouble intellectuel doit s'accompagner de lésions palpables du cerveau; — en effet, que trouverait-on dans le cerveau d'un homme qui dort? et cependant le sommeil est une modification des facultés intellectuelles comme il n'en existe pas de plus profonde dans les maladies mentales! — Le rôle de l'anatomie pathologique est de rechercher quelles sont les lésions que l'on trouve ordinairement dans les autopsies chez les aliénés, et d'arriver, par la comparaison de ces lésions, d'une part avec les travaux morbides qui les ont produites et de l'autre avec les symptômes qu'elles ont présentés, à établir des notions anatomiques précises sur ces affections cérébrales. — C'est ce que j'avais déjà indiqué dans la première édition de cet ouvrage, mais peut-être d'une manière moins explicite que je ne le fais aujourd'hui.

Une autre erreur enfin, mais qu'il est à peine nécessaire de mentionner, consistait à regarder les altérations anatomiques que l'on rencontre chez les aliénés comme étant exclusivement produites par la maladie mentale. Cette théorie n'a été imaginée qu'en vue de l'opposer aux résultats fournis par l'anatomie pathologique; mais personne, il faut bien le dire, n'a cherché à démontrer comment la folie pouvait produire ces altérations. Les partisans de cette théorie, pour être conséquents avec elle, devraient alors regarder la microcéphalie ou un vice de conformation quelconque du cerveau comme étant produits par l'idiotie!

Les observations sérieuses et dignes de foi, dans lesquelles on a noté à l'autopsie l'absence totale de lésions anatomiques du cerveau, se rapportent pour la plupart à des cas de folie récente et simple, de mélancolie ou de manie; tandis qu'on peut dire d'une manière générale que les altérations anatomiques sont d'autant plus prononcées et se rencontrent d'autant plus souvent, que la maladie mentale a duré plus longtemps, qu'elle a présenté les symptômes d'un affaiblissement intellectuel, et qu'enfin elle s'est compliquée de paralysie. On peut objecter cependant

d'une part, qu'il y a des cas de folie primitive très récente où l'on trouve des altérations anatomiques considérables (comme dans le délire furieux de la méningite aiguë), et d'autre part qu'il existe un nombre assez considérable d'autopsies où l'on n'a trouvé aucune lésion anatomique (du moins facilement appréciable) dans les formes chroniques de la folie systématisée ou même de la démence. Mais ce n'est pas tout, dans la forme la plus grave que connaisse la médecine mentale, dans la démence paralytique, là où l'on a trouvé en général les lésions les plus profondes et les plus constantes, il y a des cas où nos moyens ordinaires d'investigation ne nous font connaître aucune altération anatomique. Dans l'état actuel de la science, les faits de ce genre doivent être regardés comme de très rares exceptions, tout comme on voit dans les autres parties de la pathologie des faits qui sortent tout à fait de la règle; ou bien alors il faut les considérer comme étant la preuve que les facultés intellectuelles et la motilité peuvent arriver au dernier degré d'affaiblissement sans que la structure du cerveau soit altérée (sous ce rapport nous trouvons des analogies évidentes dans certaines affections de la moelle). Ou bien encore, et cela a trait spécialement aux cas de démence paralytique sans lésions du cerveau, il faut admettre par analogie que, bien que l'on ne constate à l'œil nu aucune altération, il est cependant vraisemblable que l'examen microscopique nous ferait reconnaître des lésions importantes, et que c'est l'insuffisance de nos moyens d'investigation qui fait que ces autopsies ont donné des résultats négatifs.

Nous pouvons donner les chiffres suivants comme des exemples des différences profondes qui existent entre les observateurs relativement au nombre des cas où le cerveau chez les aliénés a été trouvé sain ou malade. Sur 261 autopsies, Pinel n'a trouvé que 68 cas de lésions intra-crâniennes; Esquirol en a observé 77 cas sur 277 autopsies (Sc. Pinel, *Recherches sur les causes physiques*, Paris, 1826). Chiarugi en a trouvé 95 cas sur 100; M. Parchappe, 152 sur 160 cas de folie compliquée (*Traité de la folie, documents nécroscopiques*, Paris, 1841). Enfin Webster, sur 72 cas, a trouvé dans tous des lésions du cerveau (*Medico-chirurg. Transactions*, 1843, et *Annales méd.-psychol.*, 1844). Sur 20 autopsies de manie aiguë, M. Lélut a trouvé seulement trois fois des lésions anatomiques; dans la manie chronique et la démence simple, plus de la moitié des autopsies en ont montré (*Indications sur la valeur des altérations de l'encéphale*, Paris, 1836). A l'asile de Vienne, sur 171 autopsies, 19 seulement ne présentèrent aucune altération du cerveau; à Prague, 32 autopsies sur 318 n'ont présenté aucune lésion du cerveau ou de ses membranes. — Il ne sera peut-être pas sans intérêt de placer ici par comparaison la statistique anatomique d'une maladie grave de la moelle épinière, du tétanos. Wallis (*Thèse*, Hal., 1837) a

trouvé sur 38 autopsies d'individus morts du tétanos, 14 cas où il y avait des signes d'inflammation des centres nerveux (ramollissement, induration, changement de couleur) ; 11 autres cas offraient des signes d'inflammation récente sans dégénérescence des tissus (hypérémie) ; dans les 13 autres cas, les organes centraux ne présentaient absolument rien d'anormal.

§ 183. — On peut donc regarder comme un fait établi par les recherches modernes, que dans le plus grand nombre des autopsies d'aliénés, on trouve dans la cavité du crâne des lésions anatomiques. Mais y a-t-il une altération spécifique de la folie ? Si l'on entend par là une lésion qui doit toujours se retrouver et être toujours identique dans tous les cas où il existe des anomalies, la réponse à cette question est négative, et l'on peut dire à priori qu'il en devait être ainsi. En effet, le simple raisonnement fait déjà présumer que les désordres intellectuels si essentiellement différents entre eux, que l'on désigne sous les noms de mélancolie, manie, démence, etc., ne peuvent pas être le résultat d'une seule et même altération du cerveau. Personne n'a jamais eu l'idée d'avancer que dans les maladies de la moelle épinière les diverses lésions que l'on observe du côté de la sensibilité et du mouvement doivent toujours être produites par une seule et même altération anatomique ; de même les diverses anomalies du sentiment, de la pensée et de la volonté doivent avoir pour cause des affections différentes du cerveau. Au contraire, si l'on pose en sens inverse la question de la spécificité des lésions anatomiques, demande-t-on s'il existe des altérations dont la présence s'accompagne toujours d'un dérangement considérable des facultés mentales, la réponse à cette question est affirmative. Oui, il y a certains états pathologiques du cerveau qui déterminent toujours des troubles plus ou moins graves de l'intelligence, c'est-à-dire la folie. Jamais on ne trouve une inflammation diffuse de la couche corticale s'étendant à un très grand nombre de circonvolutions, sans qu'il y ait des désordres profonds de l'intelligence ; jamais on ne constate une inflammation étendue des membranes siégeant sur la face convexe de l'encéphale, ou un œdème aigu et considérable des hémisphères, ou une atrophie notable des circonvolutions, ou enfin une altération profonde de la surface des ventricules, sans qu'il y ait eu des désordres intellectuels, et en particulier un affaiblissement des facultés mentales. Ce que l'on trouve ordinairement à l'autopsie des aliénés, ce sont plutôt des altérations diffuses, généralisées, comprenant une partie considérable de la substance cérébrale ou une grande étendue de la surface interne ou externe du cerveau, que des lésions circonscrites sous forme de foyers. La comparaison des faits semble démontrer d'une façon bien nette que les altérations les plus importantes et les plus constantes chez les aliénés consistent dans des

altérations diffuses des couches extérieures de la substance corticale, c'est-à-dire de la surface cérébrale et de la membrane qui tapisse immédiatement cette surface ; aussi est-ce avec raison que dans beaucoup de cas où la folie est liée à des altérations organiques de la substance cérébrale, on considère les lésions de la périphérie de cet organe comme capitales et essentielles. Un certain nombre de faits sembleraient également indiquer que les lésions de la surface des ventricules ont une importance considérable au point de vue de la production de la folie ; mais ce point n'est pas encore établi d'une manière incontestable. Parmi les différentes sections de la couche corticale grise des circonvolutions, ce sont le plus souvent les parties antérieure et moyenne (supérieure) des hémisphères qui sont atteintes ; ce fait s'accorde avec un grand nombre d'observations chirurgicales qui démontrent que ce sont les blessures des parties antérieures et supérieures des hémisphères qui s'accompagnent le plus constamment de trouble intellectuel et d'affaiblissement des facultés mentales.

Nous étudierons les lésions anatomiques que l'on observe chez les aliénés dans le cerveau et les membranes, simplement suivant l'ordre anatomique des parties, puis nous résumerons la question et nous rechercherons quels sont les états pathologiques des organes contenus dans la cavité du crâne qui correspondent le plus souvent aux diverses formes de la folie. Les recherches anatomo-pathologiques anciennes de Bonet et de Morgagni, et les résultats des études historiques de Haller, se trouvent consignés dans l'ouvrage d'Arnold (t. II, 1788) ; on pourra consulter aussi les travaux de Meckel, Chiarugi, Burdach, Greding et Portal. M. Parchappe a également réuni dans son ouvrage (*Recherches sur l'encéphale*, 2e mémoire, 1838) les principales observations anciennes et modernes et surtout les travaux français. — On consultera également avec fruit : Duhr, *De vitiis quæ apud amentes*, etc. (dissert.). Bonn, 1840. — Güntz, *De anat. pathol. cerebri vesanorum.* — Lipsiæ, 1853. — Webster, *Med. chir. Transact.*, 1849. — R. Fischer, *Path. anat. Befunde*, etc. Lucern, 1854. — Follet, *Ann. méd.-psych.*, oct., 1857. — Voppel, *Günsburg Zeitschr.*, 1856 ; *Journ.* (allemand) *de psychiatrie*, 1857 ; *Arch. de la Soc. de psych.* (allem.), 1858 ; *Rapport sur l'asile de Vienne*, 1858. — Calmeil, *Des maladies inflam. du cerveau.* Paris, 1859.

A. — *Crâne.*

§ 184. — Les vices de conformation du crâne exercent naturellement une influence considérable sur le cerveau encore en voie de développement; nous avons suffisamment étudié cette question dans le § 161.

Mais il semble aussi que ces anomalies du crâne, qui à un degré très élevé empêchent le développement du cerveau et de l'intelligence et produisent alors l'idiotie, peuvent, quand elles sont peu considérables, ne pas déterminer, à proprement parler, des troubles appréciables de l'intelligence, mais constituent cependant une prédisposition aux affections cérébrales qui donnent naissance aux maladies mentales. Il est vrai de dire que l'on peut trouver les formes les plus variables d'irrégularité du crâne chez des individus qui ont toujours été sains d'esprit, et même chez des hommes qui ont eu une intelligence tout à fait supérieure. Cependant les observations tant anciennes que modernes démontrent d'une façon évidente que ces irrégularités de formes sont infiniment plus fréquentes chez les aliénés. — Les vices de conformation sont ceux dont nous avons déjà parlé à propos de l'idiotie, la microcéphalie, l'étroitesse du crâne, et surtout une diminution considérable du diamètre antéro-postérieur du crâne ; en un mot, les diverses asymétries, et en particulier celles qui résultent d'une ossification précoce des sutures ou d'un rétrécissement unilatéral ou partiel du crâne, tandis qu'il est beaucoup plus rare d'observer la macrocéphalie produite par une légère hydropisie des ventricules cérébraux survenant dans le jeune âge. On ne peut pas dire que tel vice de conformation ait une influence plus fâcheuse que tel autre sur le développement des maladies mentales ; tous paraissent exercer la même influence alors qu'il n'y a pas une compensation qui leur fasse équilibre. On a dit que les difformités du crâne étaient le principal moyen par lequel se transmettent héréditairement les maladies mentales ; c'est là une hypothèse, mais qui mérite toute l'attention des médecins et qui demande à être sérieusement étudiée. Un genre spécial d'anomalie du crâne, ce sont ces déformations artificielles que M. Foville a fait connaître le premier. Dans certaines provinces de France on a l'habitude d'assujettir le bonnet sur la tête des nouveau-nés avec des bandes qui donnent à cette partie une forme allongée, pointue, cylindrique. Dans ces provinces, l'inflammation du cerveau chez les enfants et la folie chez les adultes sont extraordinairement fréquentes, ainsi que l'a constaté Esquirol, qui s'étonnait du nombre considérable d'aliénés que fournissait son pays (la Gascogne), et ainsi que le constatent également les statistiques des aliénistes qui exercent actuellement dans cette contrée. — Pour ce qui est de l'épaisseur et de la texture des os du crâne, presque tous les observateurs ont reconnu la fréquence de ces anomalies chez les aliénés. Ainsi Greding, sur 216 autopsies, avait noté 167 fois un épaississement notable et 38 fois un amincissement anomal des os du crâne. Cette augmentation de volume, cette hyperostose est liée, soit à une abondance plus grande de la substance du diploé, soit (et cela est beaucoup plus fréquent) à une augmentation considérable de la densité, à

une sclérose du tissu osseux. Elle est le résultat ultime d'un excès de nutrition, tantôt aigu, tantôt chronique, souvent inflammatoire, qui amène le dépôt successif d'une série de nouvelles couches osseuses. Comme cette hyperostose se fait aux dépens de la cavité du crâne et des trous ou des fentes qui livrent passage aux vaisseaux sanguins; il est facile de comprendre qu'elle doit fréquemment occasionner des troubles de la circulation cérébrale, une hypérémie ou une anémie partielle ou générale; en un mot, ces troubles de la nutrition des os du crâne doivent avoir toujours une certaine influence sur la circulation et la nutrition de l'encéphale. — C'est principalement chez les idiots et les épileptiques que l'on rencontre cet épaississement et cette sclérose des os du crâne; cette anomalie est fréquemment la seule que l'on trouve dans l'épilepsie. — On observe quelquefois des enfoncements des os résultant de blessures anciennes, ou bien des cicatrices osseuses traumatiques ou syphilitiques; parfois aussi ce sont des hyperostoses partielles produites par les mêmes causes, qui, par leur développement progressif, déterminent l'apparition de la maladie mentale longtemps après la blessure qui leur a donné naissance.

Dans beaucoup de cas on trouve chez les aliénés, comme aussi chez les épileptiques, des ostéophytes sur la face interne du crâne, sous forme d'aiguilles ou de stalactites; parfois aussi ce sont de petites exostoses, des tumeurs ou des lames osseuses sur l'une des faces externe ou intérieure du crâne, indiquant l'existence antérieure d'un travail inflammatoire circonscrit qui a versé là ses produits; il est encore assez fréquent de constater chez les aliénés des adhérences anomales de la dure-mère avec les os du crâne, adhérences tantôt isolées, tantôt plus ou moins étendues, et qui ont la même origine inflammatoire.

Ces adhérences sont à peu près les seules altérations que l'on observe dans la dure-mère, si l'on en excepte un certain degré d'épaississement, ou bien encore une tension exagérée ou un relâchement anomal résultant des variations de volume et de consistance que peut présenter le contenu de cette membrane. Quant aux altérations pathologiques de la face interne de la dure-mère, elles appartiennent à ce que l'on appelle le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Depuis longtemps déjà Larrey (*Clinique*, t. I, p. 329) avait signalé l'ossification précoce des sutures crâniennes comme étant une cause prédisposante à la mélancolie et au suicide; aujourd'hui on la regarde comme la cause immédiate des difformités du crâne et du rétrécissement de la cavité crânienne, et il résulte des recherches les plus récentes que cette dernière déformation exerce une influence certaine sur le développement des maladies mentales. (Voy. Virchow, *Mémoires*, p. 937. — O. Stahl, *Zeitschr. f. Psych.*, t. XI, 1854; XII, 1855, XVI, 1859. —Seifert, *ibid.*,

XI, 1854. — Krause, *Zeitschr. für ration. Medicin*, 1858. — Voppel, *Zeitschr. für Psych.*, XIV, 1857.) — Kasloff admet que chez les aliénés on trouve très-fréquemment un rétrécissement (ordinairement unilatéral) du trou jugulaire ; cette opinion n'a pas une grande valeur, puisque cette anomalie est aussi très fréquente chez des individus sains ; d'ailleurs ce serait une question de statistique de savoir si elle est réellement plus fréquente chez les aliénés, ce qui est aussi assuré par Hoffmann (*Günsb. Zeitschr.*, t. III). — Finckelnburg (*Zeitschr. für Psych.*, t. XVII) a parlé tout récemment d'un fait intéressant dans lequel la folie a été produite par un ramollissement aigu des os du crâne sous l'influence de l'état puerpéral.

Parmi les appareils extérieurs du cerveau, nous avons encore à noter l'état des gros vaisseaux qui circulent dans la cavité crânienne. Dans un grand nombre d'autopsies d'aliénés, on observe la rigidité des artères avec dégénérescence athéromateuse, ou encore leur ossification à divers degrés. Hitchman, à Hanwell, sur 94 autopsies de femmes aliénées, a trouvé 37 cas d'athérome des artères cérébrales. Il est très probable que la même dégénérescence existe dans les artérioles du cerveau ; on trouve assez fréquemment ces mêmes vaisseaux rétrécis par des dépôts de tissu cellulaire de nouvelle formation dans leurs parois, ou envahis par de la matière graisseuse, ou bien encore ils offrent de petites dilatations anévrysmales (microscopiques) ou une dilatation plus générale. On est en droit de soupçonner sur le vivant l'existence de ces dégénérescences vasculaires dans la cavité du crâne, alors que l'on peut constater la rigidité d'une artère accessible à nos moyens d'exploration, par exemple de la temporale. Ces lésions ont une signification d'autant plus grave qu'on les rencontre chez des sujets plus jeunes. Nous avons déjà dit plus haut qu'elles sont souvent liées à une affection du cœur et qu'elles occasionnent généralement des troubles de la circulation.

Larrey avait également signalé déjà l'ossification des artères cérébrales aussi bien chez les nostalgiques que chez les mélancoliques (par exemple chez son compagnon d'armes Monge, et chez le célèbre Fourcroy, qui tous les deux moururent mélancoliques). Müller a trouvé une infiltration calcaire des artères cérébrales chez un jeune garçon de douze ans qui s'était suicidé. — Quant aux cas de thrombose des sinus cérébraux que l'on a trouvés dans quelques autopsies d'aliénés, ce n'est guère que comme complication ultime, liée à l'infection purulente, qu'on les a observés ; il n'est pas impossible cependant que cette thrombose, se produisant d'une façon lente et pour ainsi dire chronique, puisse jouer un rôle dans la production des maladies mentales.

B. — *Arachnoïde.*

§ 185. — Une des altérations anatomiques les plus fréquentes dans les autopsies d'aliénés, c'est l'opacité de l'arachnoïde, qui est en même temps épaissie et hypertrophiée : il n'est pas de forme de folie un peu ancienne où cette lésion n'ait été notée; mais c'est surtout dans la démence paralytique qu'elle est le plus fréquente. On doit généralement la regarder comme étant le résultat d'une hypérémie ancienne et prolongée, et d'une stase sanguine inflammatoire; aussi l'observe-t-on simultanément avec l'augmentation de volume des granulations de Pacchioni (qui reconnaît les mêmes causes) dans toutes les circonstances où il a existé pendant la vie, une congestion habituelle de la tête, comme chez les buveurs d'eau-de-vie, qui d'ailleurs peuvent rarement être considérés comme sains d'esprit.

Les produits d'une ancienne inflammation de l'arachnoïde peuvent s'ossifier, et il n'est pas du tout rare de trouver sur les lobes antérieurs des hémisphères de ces concrétions osseuses à surface grenue et rugueuse; d'un autre côté, le gonflement du tissu cellulaire donne lieu à des adhérences anomales avec la pie-mère et la substance cérébrale, ou avec la dure-mère et le crâne; souvent même il y a confusion complète de toutes ces couches membraneuses. D'après L. Meyer, on trouve souvent des granulations fines de la surface extérieure de l'arachnoïde simultanément avec d'autres altérations importantes, un épaississement des os du crâne, l'opacité et l'épaississement de la pie-mère, l'atrophie cérébrale, etc.

Une lésion que l'on rencontre quelquefois, et qui indique l'existence d'un travail morbide aigu, récent, c'est l'hypérémie de l'arachnoïde, surtout sous forme d'ecchymoses; il en est de même de l'inflammation du feuillet pariétal de l'arachnoïde décrite par Virchow sous le nom de *pachyméningite interne*, et qui s'accompagne de la formation de pseudo-membranes plus ou moins solides, ou d'un dépôt mince, mou, presque muqueux, mêlé de points sanguinolents, et d'une tuméfaction aiguë du tissu cellulaire. Pour ce qui est du contenu de la cavité de l'arachnoïde, on y trouve fréquemment un épanchement considérable de sérosité, tantôt produit par une hypérémie habituelle et une sorte de varicosité des vaisseaux, tantôt comme résultat consécutif de l'atrophie cérébrale; on note toujours en même temps un épaississement des membranes et une infiltration de la pie-mère.

Mais une lésion qui a une importance toute spéciale, ce sont les épanchements spontanés de sang dans la cavité de l'arachnoïde, que tous les observateurs ont rencontrés, le plus souvent dans la démence paralytique, et encore assez fréquemment non-seulement dans les divers états

d'affaiblissement intellectuel, mais encore dans la manie, soit aiguë, soit chronique. Dans la démence paralytique, ces épanchements sanguins semblent être produits par les attaques de congestion avec perte de connaissance, qui sont si fréquentes dans cette maladie ; mais leur diagnostic pendant la vie est tout à fait incertain, parce que lorsqu'ils sont peu considérables, ils ne donnent lieu à aucun accident, parce que d'un autre côté leurs symptômes (qui sont ceux de la compression) se confondent avec ceux de l'atrophie et de l'encéphalite, et parce qu'enfin la compression du cerveau peut tenir à d'autres causes.

Ces épanchements sanguins se font presque toujours sur la face convexe des hémisphères ; comme généralement ils se font d'une manière assez lente, on les trouve ordinairement en voie de transformation à tel point même que quelquefois il est presque impossible de reconnaître leur véritable nature.

Quand l'épanchement est considérable, on trouve au-dessous de la dure-mère une grande poche flottante lâchement adhérente à cette membrane, et presque libre du côté qui touche au feuillet viscéral de l'arachnoïde. Des bords de ce sac part souvent une membrane mince, d'un rouge brun, qui se termine par des lambeaux flottants. Le sac contient un liquide qui, suivant l'époque à laquelle remonte l'épanchement, est brun foncé, à demi-coagulé, ou plus ou moins séreux et transparent. L'épanchement a pour effet de comprimer l'hémisphère voisin, de l'atrophier, de diminuer la capacité du ventricule ; souvent aussi la substance cérébrale à ce niveau est plus dense, et les méninges sont hypérémiées et infiltrées. Quant à la formation des parois organisées de la poche, elle paraît provenir aussi bien de la couche périphérique de la fibrine épanchée que de l'exsudat fibrineux produit consécutivement par l'inflammation à laquelle la présence du caillot sanguin donne naissance.

Il n'en est plus de même quand il n'y a qu'une faible quantité de sang épanché. La partie liquide se résorbe, et il ne reste plus ensuite que des lamelles minces de fibrine d'abord colorée en rouge brun, puis jaune, puis enfin presque entièrement décolorée. Quand on observe un épanchement récent, il est composé d'un lacis de fils rougeâtres souvent gros comme des fils d'araignée, et entremêlés de petits foyers sanguins ; plus tard ils pâlissent. Quand il existe plusieurs couches, cela indique qu'il y a eu plusieurs épanchements successifs, dont le plus récent présente encore tous les caractères propres au sang épanché. Quand ils sont très-peu considérables et qu'ils ont subi leurs diverses transformations, ces épanchements représentent finalement une petite membranule située sur la face interne de la dure-mère, et qui peut facilement être prise pour un produit d'inflammation.

Depuis le travail de Virchow, qui d'ailleurs est venu après l'idée émise par J. Hoffmann, à savoir, que dans ces hémorrhagies il s'agit essentiellement d'inflammations hémorrhagiques, les idées se sont modifiées au sujet de ces épanchements : on admet aujourd'hui qu'ils se font ordinairement entre les couches et les mailles des produits résultant d'une pachyméningite antérieure (pseudo-membranes, tissu cellulaire récent) ; le sang s'épancherait hors des vaisseaux de nouvelle formation contenus dans ce tissu, et par conséquent ces épanchements supposeraient toujours l'existence d'un travail inflammatoire antérieur. — Presque jamais on ne devra considérer ces phénomènes d'inflammation comme étant les troubles élémentaires primitifs qui amènent la folie ; ils ne se produisent beaucoup plus souvent que dans le cours de la maladie mentale ; mais ce qui est certain, c'est que les gros hématomes qui compriment le cerveau exagèrent considérablement les états d'affaiblissement intellectuel.

Quant aux hémorrhagies sous-arachnoïdiennes, elles se font par un tout autre mécanisme ; elles sont beaucoup plus rares et ne nous apprennent rien relativement aux maladies mentales (elles sont généralement traumatiques, ou liées à la diathèse hémorrhagique générale). L'hémorrhagie vient de la pie-mère ; cette membrane présente des taches ecchymotiques ; enfin le sang se propage avec le liquide cérébro-spinal dans les ventricules et dans le canal médullaire.

C. — *Pie-mère et couche corticale.*

§ 186. — Les états pathologiques de la pie-mère et de la couche corticale du cerveau se lient d'une façon tellement intime, qu'il est nécessaire de les décrire simultanément.

Il n'est pas rare de trouver, à l'autopsie des aliénés, une hypérémie de la pie-mère (qui existe également plus ou moins dans la couche adjacente de la substance corticale). Peut-être a-t-on beaucoup exagéré l'importance de ce phénomène (ainsi que je l'ai fait moi-même dans la première édition de cet ouvrage) ; peut-être aussi a-t-on regardé à tort comme une lésion pathologique une simple injection légère des vaisseaux, ainsi que diverses altérations purement cadavériques ; toujours est-il qu'il reste encore un grand nombre de cas où l'état des vaisseaux à l'autopsie permet d'admettre qu'il y avait eu pendant la vie une réplétion exagérée du système vasculaire, qui a pu avoir une certaine liaison avec l'état de maladie. — Nous distinguerons ici deux cas différents.

Il peut survenir une hypérémie considérable de la pie-mère et de la substance corticale, à marche aiguë ou subaiguë, particulièrement dans les cas de manie très-intense et rapidement mortelle ; elle est représentée

par une injection uniforme, très-intense, des vaisseaux les plus fins, parsemée de petites ecchymoses; elle peut être assez intense pour que, eu égard aux symptômes finaux de la maladie, on puisse lui attribuer la mort (apoplexie vasculaire); souvent elle est liée à un léger ramollissement rouge de la couche corticale. Ces états paraissent se présenter surtout à la suite de l'agitation maniaque violente du délire aigu, et, bien qu'ils ne constituent pas les seules lésions pathologiques de cette forme mentale, ils jouent certainement un grand rôle dans sa production: l'existence de cette injection pendant la vie est démontrée d'une part par les altérations qui surviennent dans la couche corticale, et de l'autre par les symptômes souvent très-accusés de la congestion cérébrale. Le mécanisme suivant lequel elle se produit nous est inconnu jusqu'à présent comme celui de l'hypérémie active en général. — Dans la substance corticale grise, cette hypérémie se présente souvent sous forme d'une coloration rouge offrant des nuances différentes, atteignant quelquefois dans les cas très-aigus la rougeur foncée de l'érysipèle (Foville); ou bien sous forme de coloration en taches, marbrée, striée, parsemée de points plus foncés (petits épanchements sanguins); au début il y a en même temps augmentation du volume et de la consistance de la couche corticale; cette hypérémie se transforme parfois en une véritable inflammation.

Un genre de réplétion sanguine tout autre, et pour ainsi dire complétement opposé à celui que nous venons de décrire, porte sur les vaisseaux veineux tant gros que petits; ils sont variqueux et présentent des sinuosités anomales; il y a en même temps un épaississement et un œdème plus ou moins considérable de l'arachnoïde et de la pie-mère. Cette forme a une marche plutôt chronique, et est le plus souvent liée à un degré plus ou moins considérable d'atrophie cérébrale (hypérémie *ex vacuo*); quelquefois aussi elle est produite par une maladie du cœur ou des poumons, peut-être aussi par des troubles fonctionnels de la circulation centrale ou de la respiration, par un rétrécissement des orifices vasculaires du crâne; en un mot, par toutes les causes mécaniques qui s'opposent au reflux du sang veineux. Il ne faut pas attribuer une importance exagérée à ces hypérémies *ex vacuo;* au contraire, les stases veineuses mécaniques doivent toujours chez les sujets prédisposés exercer une certaine influence sur le développement et sur la forme de la maladie.

Ekker a pris les mesures microscopiques comparatives des petits vaisseaux sanguins et des capillaires de la substance corticale chez les maniaques et les déments, et chez des sujets sains; il a constaté que dans la manie, les vaisseaux sont considérablement dilatés. Ramaer a trouvé le même résultat pour la pie-mère.

L'anémie de la pie-mère et de la substance corticale, cette pâleur notable de l'encéphale que l'on observe parfois dans les états aigus ou chroniques, méritent une grande considération, suivant les circonstances. Cette anémie peut être le symptôme local d'une anémie générale. On sait l'immense influence que cet état du sang exerce, principalement chez les femmes, et quand il se produit d'une façon aiguë, sur le développement des anomalies nerveuses et psychiques les plus diverses; on sait également que l'anémie peut à elle seule déterminer toutes sortes de symptômes d'irritation ou d'engourdissement des centres nerveux. Mais nous sommes loin de savoir rien de positif sur les causes et sur les symptômes de l'anémie limitée au cerveau ; quelquefois cependant on peut la regarder comme produite par un rétrécissement des petites artères qui ont subi une dégénérescence athéromateuse. Toujours est-il que l'on doit la rattacher à une alimentation insuffisante et anomale du cerveau. Quand elle se développe lentement et qu'elle suit une marche chronique, elle semble donner lieu surtout à la production des états d'affaiblissement intellectuel et à la démence.

Le résultat final des hypérémies chroniques *ex vacuo* et de celles qui reconnaissent une cause mécanique, est l'opacification chronique et l'infiltration séreuse, l'œdème de la pie-mère. Cet œdème est extrêmement fréquent ; on l'observe surtout dans les formes chroniques, et principalement dans les formes secondaires avec affaiblissement considérable des facultés mentales. Aussi le trouve-t-on fréquemment lié à l'atrophie du cerveau, à l'hydrocéphale chronique, à la décoloration de la substance grise, à la rigidité des artères ; en un mot, avec tous les états qui indiquent le marasme cérébral.

§ 187. — L'inflammation propre de la pie-mère amène tantôt un épaississement plus ou moins rapide des membranes sous-jacentes, qui contractent des adhérences entre elles, et le ramollissement de la substance corticale grise avoisinante, tantôt les diverses transformations que subit le tissu ramolli, et comme conséquence ultime, l'adhérence de la pie-mère avec la surface cérébrale. Ces diverses altérations, qui sont celles de la méningo-encéphalite, se retrouvent habituellement dans les dernières périodes de certaines formes mentales.

Rarement observe-t-on ces lésions à la suite des états de dépression ; elles sont un peu plus fréquentes dans la manie aiguë : ainsi il est fréquent de voir, dans les cas de manie aiguë qui se sont rapidement terminés par la mort, une hypérémie intense de la substance corticale, surtout dans ses couches moyennes ; le tissu cérébral est ramolli, spongieux, et présente une coloration violette ou lie de vin ; et quand le malade n'a pas succombé à cette période, on trouve plus tard une altération plus profonde encore, l'atrophie avec racornissement de la matière cérébrale.

Ces ramollissements inflammatoires de la substance grise sont quelquefois très-difficiles à reconnaître, parce qu'il n'y a qu'une rougeur à peine appréciable, et que le seul signe de l'inflammation consiste alors dans un ramollissement simple de la matière cérébrale réduite en une bouillie uniforme. Beaucoup d'auteurs ont trouvé les différentes couches de la substance corticale grise isolément malades : ainsi M. Sc. Pinel a signalé la rougeur de la couche moyenne dans la manie, et M. Baillarger, celle de la face interne des quatre lamelles internes ou des trois lamelles grises. Le plus souvent l'inflammation de la couche la plus superficielle est liée à celle de la pie-mère ; la membrane, adhérente à la substance corticale, entraîne avec elle, quand on l'arrache, des portions des couches superficielles, de sorte que le cerveau présente alors une surface inégale, saignante, déchiquetée. Bien que cette adhérence et ce ramollissement superficiel, portant principalement sur les circonvolutions des faces supérieure, convexe ou même interne du cerveau, qui se regardent réciproquement, s'observent parfois dans la folie simple chronique, et surtout dans les états d'affaiblissement secondaire de l'intelligence, chez les épileptiques et les buveurs d'eau-de-vie, cependant ils sont encore bien plus fréquents dans la démence paralytique, et l'on peut dire qu'ils constituent un des éléments anatomiques les plus importants de cette maladie. M. Calmeil les signale comme la lésion la plus fréquente et la plus constante de cette forme mentale. M. Parchappe a trouvé sur 86 cas un ramollissement profond et étendu de la couche corticale, et 9 fois seulement les adhérences de la pie-mère au cerveau manquaient. A l'asile de Vienne, au contraire, on a trouvé que ces lésions n'existaient que chez moins de la moitié des paralytiques. Plus tard ces ramollissements inflammatoires se transforment, comme cela a toujours lieu pour le tissu nerveux, en atrophie et en sclérose. C'est toujours la couche la plus superficielle qui s'atrophie et se durcit la première, et qui adhère, sous forme d'une membrane dense et calleuse, à la pie-mère, qui présente elle-même la densité du tissu tendineux ; le tissu atrophié pâlit ainsi considérablement ; et c'est toujours la couche la plus extérieure qui est le plus fortement décolorée. Malgré cela, le ramollissement se propage toujours dans les couches moyennes, et l'on peut alors enlever la couche superficielle comme une membrane cohérente, qui présente une consistance assez grande et laisse apercevoir une surface inégale, molle comme de la bouillie, à peu près comme quand on enlève la peau d'une pomme cuite. Lorsque la couche moyenne est peu ramollie, on pourrait commettre l'erreur de croire qu'elle manque complétement, si l'on n'avait égard à l'induration et si l'on ne se rappelait que celle-ci n'est que consécutive au ramollissement ; l'atrophie de la substance corticale par cette espèce de racornissement (analogue à ce

que l'on voit dans beaucoup d'autres parties à la suite de l'inflammation — tissu cicatriciel), peut être si considérable, qu'elle est réduite à une lame extrêmement mince et peut même paraître avoir complétement disparu.

Toutes ces lésions, dans lesquelles, d'après les études microscopiques de Rokitansky et d'autres auteurs, le gonflement du tissu celluleux est le principal résultat de l'inflammation, appartiennent à la démence, et surtout à la démence paralytique.

D. — *Substance cérébrale.*

§ 188. — *Volume et consistance du cerveau.* — Dans quelques cas on trouve chez les aliénés, comme chez les épileptiques, une hypertrophie du cerveau. Dans ces cas, lorsqu'on a enlevé la voûte du crâne, on ne peut plus la remettre en place, tant le cerveau est volumineux; les membranes sont minces et sèches, les ventricules sont petits, les circonvolutions sont aplaties. — M. Sc. Pinel dit avoir trouvé plusieurs fois chez des déments paralytiques une anomalie de ce genre, portant principalement sur le volume de la substance médullaire, avec atrophie de la substance corticale grise; mais c'est là un fait tellement isolé, qu'il perd beaucoup de sa valeur. Le gonflement aigu de la substance cérébrale qui survient souvent comme épiphénomène important à la fin de diverses autres maladies du cerveau (ramollissement, tumeurs, etc.), avec anémie de cet organe et des membranes, et que l'on regarde jusqu'ici comme une hypertrophie aiguë caractéristique, est très-rare à la suite des maladies mentales, et n'a d'ailleurs rien de commun avec la nature de ces affections.

Une lésion importante et que l'on trouve fréquemment dans les autopsies cadavériques, c'est l'atrophie cérébrale, portant, soit sur les circonvolutions, soit sur la masse du cerveau même. Elle se produit tantôt primitivement, sous forme de marasme sénile, ou au contraire précoce du cerveau, et engendre une forme de folie qui a le caractère de l'affaiblissement intellectuel. Ou bien elle porte sur les circonvolutions, et en particulier sur la substance corticale; elle est alors la conséquence d'une maladie antérieure de ces parties, d'une inflammation, d'une hypérémie prolongée, ou de la compression qu'elles subissent de la part d'un épanchement sanguin ou autre, de même que le poumon s'atrophie quand il est comprimé par des fausses membranes, et le cœur, quand il existe un épanchement considérable dans le péricarde.

Les circonvolutions sont plus minces qu'à l'état normal, mais il n'est pas rare que l'atrophie porte d'une façon inégale, de sorte qu'elles présentent, surtout sur la face antérieure des hémisphères, une surface

irrégulière et montueuse : ainsi la substance grise est considérablement réduite de volume ; elle a une coloration brunâtre, lie de vin, ou grisâtre; elle est quelquefois dissociée et sans consistance, mais plus souvent elle est au contraire dure et racornie. Souvent la substance blanche est d'un blanc sale, coriace comme du cuir, se fronçant quand on la coupe ; quelquefois elle présente cet état poreux, cet aspect criblé comme on le voit à l'état normal dans la substance perforée, et qui ici est le résultat de la congestion chronique et de la dilatation des vaisseaux cérébraux. La substance celluleuse présente ce gonflement spécial qui a été découvert par Rokitansky ; elle s'indure et se rétracte, et prend ensuite la place des éléments nerveux qui ont disparu ; on y trouve également des masses colloïdes, des corps amylacés ; les canalicules nerveux sont interrompus, ratatinés, etc. L'espace vide dans la cavité du crâne est remplacé en partie par l'hypertrophie des os du crâne, en partie par l'épaississement des membranes cérébrales, surtout par un œdème considérable de la pie-mère, que l'on trouve quelquefois placée comme un sac flottant sur une circonvolution atrophiée, par un épanchement aqueux dans la cavité de l'arachnoïde, en partie aussi par la dilatation des ventricules qui sont remplis de sérosité. Le vide qui existe dans la cavité crânienne amène assez souvent des épanchements sanguins; certaines apoplexies de l'arachnoïde proviennent de cette même cause.

Ces atrophies générales ou circonscrites s'observent très-fréquemment comme lésion fondamentale de la démence secondaire, ou bien à la suite d'un état d'exaltation antérieure ou d'attaques répétées de *delirium tremens*, etc. M. Parchappe a trouvé, sur 122 autopsies de malades atteints de folie chronique, une diminution notable des circonvolutions dans la grande moitié des cas ; sur 38 cas de folie récente, il ne l'a notée qu'une seule fois. Mais ces états d'atrophie profonde de la couche corticale et de la totalité du cerveau appartiennent spécialement à la démence paralytique, sans que pourtant elles soient constantes dans cette affection et sans que le degré de la démence soit toujours proportionné à celui de l'atrophie.

Le durcissement, la sclérose de la substance cérébrale n'est essentiellement autre chose qu'une tuméfaction du tissu connectif avec formation d'un véritable tissu cellulaire, et avec une atrophie plus ou moins considérable. Dans les degrés les plus élevés, la substance médullaire a la consistance d'un œuf cuit dur, et offre à l'instrument tranchant une résistance semblable à celle du caoutchouc ; elle a généralement une couleur blanche sale, ou gris de plomb, non mélangée de points sanguinolents ; malgré la dureté considérable du cerveau, ses fibres ne sont pas reconnaissables. On y trouve parfois les traces d'un ancien foyer apoplectique, des cavités remplies de sérum, ressemblant assez aux trous d'un

fromage. Cette augmentation de la densité du cerveau se retrouve dans les diverses formes de la démence.

§ 189. — *État du sang contenu dans le cerveau.* — Il survient quelquefois dans les cas de folie récente une hypérémie générale du cerveau ; à un degré plus élevé (turgescence de tout le cerveau, coloration rouge foncé de la couche corticale, injection forte de la pie-mère et de l'arachnoïde, coloration rosée ou rouge de la substance blanche), l'hypérémie peut amener promptement la mort dans la manie aiguë, après avoir déterminé un collapsus apoplectiforme. Toutefois elle est plus rare que l'hypérémie limitée à la pie-mère et à la substance corticale de la convexité cérébrale. Quand la maladie a duré longtemps, la quantité de sang est généralement diminuée dans le cerveau atrophié. — Nous avons déjà dit comment se produit l'hypérémie cérébrale. Assez souvent elle est bornée à quelques parties du cerveau, où elle peut produire dans la substance blanche des taches marbrées, de couleur rose, violette ou lilas, ainsi que des exsudats et des foyers d'inflammation.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de l'apoplexie chez les aliénés. Esquirol, Georget, Guislain, Jakobi et F. Hoffmann l'ont trouvée très-rarement ; Webster, au contraire, a noté, sur 72 autopsies, 13 cas d'épanchement sanguin dans le cerveau ; nous-même l'avons observée dans la manie aiguë. Il est certain également qu'il n'est pas rare de trouver des traces de petits foyers apoplectiques anciens, et qu'une apoplexie sanguine peut suffire pour amener une démence incurable, par suite des déchirures du cerveau, de la compression que le sang exerce, de l'inflammation qu'elle détermine et de la sclérose du tissu cérébral voisin.

Sérosité. — Le travail de M. Etoc-Demazy a appelé l'attention des médecins sur l'œdème du cerveau. Suivant l'opinion émise par cet auteur, et qui est aussi celle de M. Sc. Pinel, on était porté à considérer l'œdème cérébral aigu comme essentiel dans la mélancolie avec stupeur et immobilité complète, et comme étant la cause fondamentale de cet ensemble de symptômes ; mais ce fait ne s'est pas confirmé : l'œdème cérébral n'est pas du tout constant dans cette forme mentale, et l'on ne connaît pas encore en psychiatrie, non plus qu'en pathologie générale, un ensemble de symptômes qui corresponde d'une manière caractéristique à cette lésion du cerveau. Chez les aliénés, on trouve l'œdème cérébral à un léger degré dans les circonstances les plus diverses ; l'œdème considérable s'observe parfois à la suite de certains états de dépression et d'exaltation, mais surtout dans la démence paralytique, et généralement il est lié à l'anémie et à un degré plus ou moins grand d'atrophie du cerveau.

E. — *Ventricules et parties internes.*

§ 190. — La dilatation des ventricules (hydrocéphale chronique) est un fait très fréquent dans les autopsies d'aliénés. Rarement alors on doit la considérer comme s'étant développée dans l'enfance ; il est hors de doute, au contraire, que dans la très grande majorité des cas elle survient dans le cours de la folie, s'accompagnant de diminution de volume de la masse cérébrale et d'une altération plus ou moins profonde de la surface des ventricules. Le plus souvent cette dilatation ventriculaire fait partie intégrante de l'atrophie cérébrale. On l'observe dans toutes les formes de la folie, mais surtout à la suite des états prolongés d'affaiblissement intellectuel, et plus particulièrement encore dans la démence paralytique ; on la trouve fréquemment aussi dans la folie alcoolique. Ce n'est que dans un petit nombre de cas que l'hydrocéphale est la lésion primitive et la cause première de la maladie (il agit alors en paralysant les facultés mentales par la pression qu'il détermine) ; ordinairement il n'est que secondaire, il est consécutif à l'atrophie du cerveau, qui constitue l'altération essentielle et fondamentale.

Le rétrécissement partiel et le raccourcissement des ventricules, ainsi que l'adhérence de leurs surfaces, ne sont pas très-rares chez les individus sains ; toutefois on les observe beaucoup plus souvent chez les aliénés : Greding, Esquirol, Ferrus, et surtout Bergmann, ont noté ces anomalies, que ce dernier auteur range parmi les causes pathologiques spéciales de la folie systématisée. On les regarde comme le résultat d'une légère inflammation de l'épendyme, et à ce titre elles offrent un certain intérêt pathologique.

Dans l'hydrocéphale chronique, on trouve très ordinairement l'épendyme des ventricules couvert de granulations, offrant une densité considérable, épaissi, dur comme du cuir ; il est beaucoup plus rare de voir la surface des ventricules recouverte de fausses membranes ou parsemée de lamelles calcaires ; quelquefois cependant on a trouvé des fausses membranes dans la démence paralytique.

Quant aux hydatides des plexus vasculaires, on les rencontre si fréquemment, qu'on ne peut y voir une altération essentielle. M. Devaux a trouvé une hydatide grosse comme un gland, libre dans le ventricule latéral droit, chez un nostalgique qui s'était plaint longtemps de violentes douleurs de tête. Bergmann a vu chez une maniaque tombée en démence des cristaux assez gros de phosphate double dans les deux plexus choroïdiens.

On trouve quelquefois, dans les cas aigus, des ramollissements blancs de la surface des ventricules ; le racornissement chronique de cette

partie est souvent lié à la dilatation des ventricules qui existe dans les cerveaux frappés d'atrophie.

Pour ce qui est de la glande pituitaire, Bergmann avait déjà constaté dans son ouvrage (1825) que l'on trouve fréquemment dans les autopsies d'aliénés un épaississement considérable, avec tuméfaction des plexus vasculaires autour de la glande, avec une hypertrophie presque générale de la pie-mère, avec des granulations et adhérences de la glande pinéale au plexus vasculaire situé à la face inférieure du trigone cérébral. Depuis lors ce même observateur a noté dans plusieurs publications la tuméfaction anomale des plexus vasculaires, le déplacement et l'adhésion de la glande pinéale comme étant une des lésions les plus constantes dans la folie systématisée à forme chronique; mais cette opinion ne me paraît nullement démontrée.

On trouve quelquefois des altérations de la glande pituitaire elle-même chez les aliénés et chez les épileptiques; dans un cas de monomanie avec idées fixes et tendance au suicide, Amelung l'a trouvée transformée en une matière ténue et puriforme. F. Arnold a vu chez quelques déments paralytiques le lobe postérieur de cette glande suppuré. Chez un maniaque de l'asile des aliénés de Vienne, il y avait une hypertrophie de la glande pituitaire, avec un hydrocéphale chronique, œdème des méninges et du cerveau, et des exostoses à la base du crâne; le lobe postérieur de la glande était transformé en une tumeur molle, d'un gris rougeâtre, grosse comme une noisette, et remplie d'un liquide crémeux; la selle turcique était notablement atrophiée.

Le cervelet a été jusqu'ici relativement peu étudié; cependant les observations de Bergmann sur les altérations de la surface ventriculaire ont trait aussi au cervelet. M. Foville, de son côté, dit avoir souvent trouvé des adhérences de la pie-mère avec le cervelet dans les cas où les symptômes ont présenté pendant la vie une certaine constance. Arnold, Stoltz et M. Lélut ont également signalé diverses lésions du cervelet.

§ 191. — En jetant un coup d'œil sur les lésions anatomiques que nous venons d'énumérer, on remarquera sans doute que nous n'avons pas parlé de ces dégénérescences profondes résultant de la production de pseudoplasmes dans le cerveau (cancer, tumeurs de la base du crâne, tubercules volumineux, parasites, etc.). C'est qu'en effet ces affections se voient rarement dans les asiles d'aliénés; non pas qu'elles ne soient pas capables de donner lieu à des anomalies psychiques graves, car au contraire ces cas se terminent d'ordinaire par l'affaiblissement intellectuel et quelquefois par une démence profonde, et souvent au début ils s'accompagnent soit de mélancolie, soit d'agitation maniaque. Mais ce n'est pas là ce qui se produit en général; le début de ces maladies est plutôt marqué par des troubles graves du mouvement (convulsions, paralysies, etc.) d'autant plus con-

stants, que le travail pathologique est limité à une certaine profondeur de la substance cérébrale, et, à côté de ces symptômes, les troubles intellectuels, la perte de mémoire, etc., ne sont qu'accessoires; aussi ne considère-t-on pas ces maladies comme appartenant à la folie. C'est même là ce qui a fait dire que les lésions peu intenses du cerveau engendrent généralement la folie, tandis que les altérations les plus graves et les plus profondes n'amènent pas ce résultat. Toutefois on est bien obligé de reconnaître qu'il n'est pas très rare de trouver à l'autopsie des aliénés des lésions profondes de la substance cérébrale.

Je rappellerai encore ici le fait cité par Romberg d'un maniaque qui n'avait pas présenté de signes de paralysie, et chez qui on trouva, avec des fausses membranes arachnoïdiennes, quatre hydatides pénétrant de plusieurs lignes dans la substance corticale. Il y a d'autres faits encore : à l'asile de Prague, on trouva chez un mélancolique un noyau cancéreux gros comme un œuf de poule dans l'hémisphère cérébral droit; chez un dément, on trouva dans le centre du cerveau un carcinome fibreux offrant le volume d'un œuf (*Rapport sur l'asile de Vienne*) ; chez un maniaque il y avait une pointe osseuse qui pénétrait dans le quatrième ventricule, avec œdème des méninges; chez un autre maniaque, qui était tombé dans la démence, il y avait deux noyaux tuberculeux dans le cerveau ; dans un autre fait, c'étaient des tubercules de la pie-mère avec des traces d'encéphalite. Enfin, on trouvera des cas assez nombreux de cysticerques du cerveau dans : *Med.-chir. Transactions*, 1844 ; — *Günsburg Zeitschr.*, I, p. 62 ; II, 274 ; — *Virchow's Archiv*, II, p. 84; — *Correspondenzblatt für Psych.*, 1858 ; — *Zeitschr. für Psych.*, X, 1853; XV, p. 426 et 680 ; XVIII, p. 66 ; — *Wiener Bericht*, 1858, p. 190, 207, 268 et 308; — *Archives gén. de médecine*, 1859; — *Gazette des hôpitaux*, 1860 (1).

Nous nous sommes efforcés de réunir dans le paragraphe suivant tous les résultats négatifs ou positifs fournis par les autopsies des aliénés, en mettant en regard les diverses formes mentales correspondantes. Sous ce rapport, nous divisons les divers cas de folie en trois catégories : 1° les cas aigus, récents, de mélancolie et de manie ; 2° les cas de mélancolie et de manie modifiée, déviée, affaiblie, de folie systématisée et de démence; 3° la démence paralytique (2).

(1) Depuis que ce livre a paru, l'auteur s'est occupé des cysticerques du cerveau dans un travail spécial qui se trouve dans les *Archiv der Heilk.* (Leipzig, 1862) ; il y étudie principalement le diagnostic de cette affection.

(2) Je dois rappeler ici encore qu'il y a de graves inconvénients à décrire d'une manière générale, soit les symptômes, soit la marche, soit le traitement, soit enfin les lésions anatomiques de la folie, quand on comprend en même temps sous cette dénomination des affections purement nerveuses et des maladies dites organiques.

I. — *Folie aiguë.*

§ 192. — 1° Comme à l'autopsie, dans un assez grand nombre de cas, le cerveau paraît tout à fait sain, il faut bien admettre, dans l'état actuel de la science, qu'assez souvent alors la folie dépend d'une irritation simplement nerveuse du cerveau, ou d'un trouble de nutrition qui nous est encore inconnu.

2° Quand il existe des lésions palpables du cerveau, elles consistent principalement, tantôt dans un état d'anémie cérébrale avec infiltration séreuse, tantôt (et cela est plus fréquent) dans une hypérémie générale du cerveau ou portant plus spécialement sur les méninges et sur la couche corticale grise. Ces hypérémies semblent provoquer dans le cerveau ou simplement accompagner d'autres phénomènes pathologiques, des trou-

Dans les premières, on ne rencontre aucune lésion assez constante pour qu'on puisse y rattacher les symptômes ; dans les autres, au contraire, on voit se représenter dans la très grande majorité des cas des altérations toujours les mêmes. Or, comment parler d'une manière générale de choses aussi dissemblables?

Dans la description très complète et très exacte que M. Griesinger trace ici des lésions anatomiques dans la folie, on remarquera que les plus tranchées de ces altérations appartiennent presque uniquement à la paralysie générale, maladie essentiellement différente de la folie.

S'agit-il de l'opacité de l'arachnoïde, l'auteur ajoute : « C'est surtout dans la démence paralytique qu'elle est le plus fréquente. » Parle-t-il des épanchements sanguins, c'est « le plus souvent dans la démence paralytique » qu'on les rencontre.

Quant au ramollissement superficiel de la couche corticale et aux adhérences de la pie-mère, « ils sont encore bien plus fréquents dans la démence paralytique. »

Enfin, pour l'atrophie de la couche corticale et de la totalité du cerveau, M. Griesinger dit avec raison qu'elle « appartient spécialement à la démence paralytique. »

Il importe d'ailleurs de rappeler que beaucoup de cas de manie et de mélancolie sont considérés par les uns comme appartenant déjà à la paralysie générale, quand d'autres les rangent encore dans les folies simples. De là, pour les lésions anatomiques, des confusions regrettables.

On comprend ainsi comment certains auteurs affirment avoir trouvé, par exemple, des adhérences de la pie-mère à la couche corticale dans la manie ou la mélancolie simple, tandis que d'autres regardent cette lésion comme ne se rencontrant que dans la paralysie générale.

Il ressort de ce qui précède, qu'il importe pour l'étude des lésions anatomiques, dans les maladies mentales, de former avec sévérité des groupes de faits de même nature et de se borner, comme l'auteur le fait plus loin, à décrire séparément les altérations trouvées après la mort dans chacun de ces groupes. Quant aux descriptions générales, quelque bien faites qu'elles soient, il est difficile d'éviter de graves confusions. (B.)

bles de nutrition qui amènent des accidents dont nous parlerons plus tard (II).

3° Cette hypérémie est souvent accompagnée déjà d'épaississement et d'opacité des méninges, résultant de la stase chronique du sang. Ces diverses lésions proviennent souvent des mêmes causes que l'hypérémie elle-même, mais elles peuvent aussi être produites par des circonstances qui ont congestionné le cerveau longtemps auparavant (ivrognerie, émotions prolongées, maladies du cœur, etc.).

4° Entre la mélancolie et la manie il n'y a pas, au point de vue anatomique, de différence tranchée, constante ; toutefois les lésions ne sont pas identiques dans ces deux formes mentales (1).

5° La mélancolie, plus souvent encore que la manie, ne présente aucune lésion anatomique ; lorsqu'il y en a, rarement c'est de l'hypérémie, le plus souvent il y a anémie ; la substance cérébrale est quelquefois plus dure qu'à l'état normal, ou bien elle présente une infiltration séreuse plus ou moins considérable.

6° Il est plus rare de ne trouver dans la manie aucune lésion ou bien de simples hypérémies. Ici l'hypérémie est souvent plus profonde et plus intense que dans la mélancolie (allant parfois jusqu'à la coloration érysipélateuse de la substance grise), et fréquemment elle donne naissance à

(1) Comment croire que les lésions qu'on trouve dans la folie sont bien réellement les conditions productrices du délire, quand on est obligé d'avouer que ces lésions sont les mêmes dans la manie et la mélancolie, c'est-à-dire dans les deux états les plus opposés. N'est-il pas difficile d'admettre que cette hypérémie cérébrale, qui se présente dans les deux cas au même degré, avec les mêmes caractères, ait produit dans l'un cette violente exaltation, cette agitation incessante, cette loquacité intarissable, ces actes de violence, et dans l'autre, au contraire, la prostration la plus profonde, le mutisme et l'inertie. Quel argument pour les détracteurs de l'anatomie pathologique, surtout quand on peut ajouter, avec M. Griesinger, que « dans un assez grand nombre de cas le cerveau paraît tout à fait sain ! »

Et d'ailleurs, que de dissidences entre les auteurs !

M. Griesinger dit ici, par exemple, que dans la mélancolie il y a *le plus souvent anémie* du cerveau ; or, M. Parchappe a trouvé constamment l'hypérémie dans la folie aiguë, maniaque ou mélancolique (à part 2 cas sur 38), ce qui le conduit à cette conclusion que « la distinction de la folie aiguë en maniaque et mélancolique n'est pas légitimée par l'anatomie pathologique ».

L'auteur que je viens de citer, comme M. Griesinger, n'a d'ailleurs point séparé, au point de vue des lésions anatomiques, le *délire aigu* de la *folie aiguë*, dont il est quelquefois la terminaison. Or, on comprend que les malades morts de délire aigu doivent, pour l'étude de l'anatomie pathologique, être séparés de ceux qui meurent d'une affection incidente étrangère au cerveau. Autant cet organe est hypérémié dans le premier cas, autant il peut être exsangue et anémié dans l'autre, etc. (B.)

un travail d'inflammation et de ramollissement qui frappe la substance corticale tantôt dans ses couches moyennes, tantôt dans les couches extérieures. Quand ce ramollissement est étendu et se fait rapidement, la mort est souvent précédée d'un affaissement profond de l'intelligence ; quant aux hypérémies intenses qui accompagnent ou amènent ce travail de ramollissement, elles paraissent déterminer pour une part au moins les accès de violente agitation maniaque. Souvent aussi quand la manie est moins aiguë, on trouve déjà une certaine décoloration de la substance grise.

II. — *Folie chronique.*

1° Il est rare que l'on ne trouve aucune lésion anatomique, ou de simples hypérémies; les méninges sont souvent opaques et épaisses (beaucoup plus souvent que dans la folie aiguë).

2° On trouve très fréquemment dans la folie chronique des lésions qui manquent totalement dans la catégorie précédente, comme l'atrophie du cerveau et en particulier des circonvolutions, l'hydrocéphale chronique, les grands épanchements sous-arachnoïdiens, la décoloration de la substance corticale, la sclérose plus ou moins étendue du cerveau (1).

(1) Quant à l'atrophie du cerveau dans la démence, il y a lieu de bien distinguer la démence isolée de toute lésion musculaire de celle dans laquelle les mouvements sont plus ou moins lésés.

Par exemple, dans la *stupidité*, que M. Parchappe considère comme le plus haut degré de la démence simple, il y a très souvent un engourdissement des mouvements qui constitue une véritable lésion musculaire. Or, c'est dans ce degré surtout que l'atrophie est incontestable, bien que légère.

J'ai déjà fait remarquer ailleurs que dans les trois premiers degrés de la démence établis par M. Parchappe, rien ne prouve que le cerveau soit atrophié, au moins d'une manière absolue.

Le poids moyen du cerveau de l'homme, d'après l'auteur que je viens de citer, est de 1323 grammes, et chez la femme de 1210. Or, dans les trois premiers degrés de la démence, la moyenne du poids de l'encéphale est de 1381 grammes pour les hommes et de 1223 grammes pour les femmes.

L'encéphale, dans ces trois premiers degrés de la démence, loin d'être atrophié, conserverait donc, au contraire, un peu de l'augmentation de poids qu'il offre dans la folie aiguë.

Il semble donc que la démence simple, isolée de toute lésion musculaire, ne suffirait pas pour amener l'atrophie. Au contraire, celle-ci se produit toujours lorsqu'il existe une double lésion intellectuelle et musculaire. C'est ce qui se voit surtout dans la démence paralytique et dans la démence sénile.

Cette question de savoir si le seul affaiblissement de l'intelligence, les mouvements restant complétement libres, suffit pour amener l'atrophie du cerveau, est

3° Dans ces formes, on observe déjà plutôt la décoloration que le ramollissement de la couche corticale superficielle ; elle est indurée à sa surface et adhère dans une étendue variable à la pie-mère.

4° Dans la folie chronique, mais peut-être aussi déjà dans les périodes aiguës, il est fréquent de trouver des inflammations superficielles des parois ventriculaires ; l'état granulé de l'hippocampe et les adhérences fréquentes des surfaces des ventricules indiquent l'existence de ces inflammations.

5° A cette période, il n'y a plus d'hypérémie, ou bien quand elle existe, elle a plutôt le caractère de l'hypérémie *ex vacuo;* il n'est pas rare de trouver le cerveau plus ou moins atrophié, exsangue et œdématié. L'ensemble des lésions que présente le cerveau n'indique pas un travail actif, mais il offre les états consécutifs et les résidus d'un travail antérieur et tous les signes du marasme cérébral (correspondant au caractère des symptômes observés pendant la vie).

6° Il n'y a pas de différence anatomique plus marquée entre la folie systématisée et la démence, qu'il n'en existe entre la manie et la mélancolie ; cependant on peut dire d'une manière générale qu'une atrophie un peu considérable du cerveau répond toujours à un état d'affaiblissement profond de l'intelligence (toutefois l'inverse n'a pas toujours lieu d'une manière certaine).

III. — *Démence paralytique.*

1° Il y a quelques cas même de démence paralytique où l'on ne trouve pas d'altérations pathologiques appréciables à l'œil nu ; mais ces faits sont rares, et ils n'ont plus d'ailleurs aucune valeur depuis que l'on sait qu'ils peuvent présenter sous le microscope des lésions profondes.

2° Les altérations les plus fréquentes dans la démence paralytique sont l'œdème des méninges, l'adhérence de la pie-mère à la substance corticale, le ramollissement gris rougeâtre, ou la décoloration avec induration partielle et surtout superficielle des couches corticales, avec gonflement du tissu connectif et destruction des éléments nerveux.

3° L'atrophie du cerveau en totalité, ou portant principalement sur les circonvolutions, est très ordinaire dans la démence paralytique ; on observe en même temps ses conséquences ultérieures, l'induration du

une des plus intéressantes au point de vue de la physiologie pathologique. Bien que cette question semble résolue pour la plupart des auteurs, je crois qu'il y a lieu de faire de nouvelles recherches. Rien ne le prouve mieux que les chiffres empruntés à M. Parchappe, et qui, comme on l'a vu, sont loin de trancher la question. (B.)

tissu nerveux, la dilatation des ventricules, etc. Le gonflement du tissu connectif avec développement d'un véritable tissu cellulaire de nouvelle formation est également très fréquent (1).

4° On trouve souvent aussi les lésions de la pachyméningite, l'apoplexie méningée, la dégénérescence des artères cérébrales.

5° La dégénérescence de la substance nerveuse, c'est-à-dire le gonflement du tissu connectif avec destruction des éléments nerveux, s'étend souvent jusque dans la moelle épinière ; c'est là un fait important au point de vue des symptômes observés pendant la vie.

6° Les lésions anatomiques de la démence paralytique sont plus manifestes, plus caractéristiques et plus étendues que celles des autres formes mentales, cependant elles ne sont pas toujours identiques et peuvent présenter certaines variétés. Cette différence semble provenir de ce que dans les divers cas tel ou tel élément pathologique (soit la méningite, soit l'atrophie cérébrale, soit enfin l'induration de la substance corticale) est de beaucoup prédominant, ce qui peut tenir également à la marche plus ou moins rapide de la maladie.

D'après ce que nous avons dit jusqu'ici, nous pouvons établir les conclusions générales suivantes :

a. La folie, dans ses formes aiguës ou chroniques, peut être le résultat d'une simple excitation anomale ou d'un trouble de nutrition du cerveau, sans qu'il y ait d'altérations appréciables.

b. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, la folie dépend des maladies que l'on peut reconnaître, et qui sont d'autant plus manifestes que la folie a duré plus longtemps. Ce sont tantôt des états d'hypérémie et d'inflammation, qui, généralement, se produisent d'abord dans la pie-mère et dans la couche corticale, pénètrent à diverses profondeurs dans la substance cérébrale, et quand ce travail pathologique ne rétrocède

(1) L'induration de la substance blanche des circonvolutions est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement ; elle commence par les lobes antérieurs et existe souvent dès la première période. Pour la constater, il faut gratter la substance corticale avec le manche d'un scalpel ; arrivé à la substance blanche, on éprouve une résistance et l'on dépouille complétement la circonvolution sans entamer l'espèce de crête blanche qui sert de support à la couche grise. Il m'est souvent arrivé de préparer ainsi tout le lobe antérieur en enlevant la substance grise et conservant la substance blanche. Rien de pareil n'est possible avec un cerveau sain. En grattant la substance cérébrale, on enlève peu à peu la substance grise, puis la substance blanche, et l'on ne pourrait isoler les deux substances. Si l'on se borne à couper le cerveau, comme on le fait si souvent, l'induration légère des prolongements fibreux des lobes antérieurs ne peut être constatée. Depuis que je recherche avec soin cette lésion, je n'ai plus trouvé de paralysie générale sans altération. (B.)

pas, il se termine par une destruction incurable des tissus et par l'atrophie du cerveau, qui se traduisent par la démence.

c. Souvent aussi ce sont des troubles de nutrition sans inflammation, que nous ne connaissons bien que dans leur résultat final, le marasme du cerveau, mais qui nous échappent complétement jusqu'ici, quant à leurs périodes initiales, qui correspondent aux formes primitives de la folie. On pourrait peut-être donner à ce travail pathologique le nom d'*irritation atrophique du cerveau.*

d. La symptomatologie n'est pas encore assez avancée pour que l'on puisse diagnostiquer d'une façon précise s'il existe ou non dans un cas donné des lésions anatomiques, et quel siége elles occupent; toutefois on peut établir un diagnostic approximatif, mais qui cependant n'offre pas plus de certitude que celui des autres maladies du système nerveux.

e. Pour ce qui est du diagnostic anatomique et du pronostic, la circonstance la plus importante est de rechercher s'il y a ou non des lésions graves du mouvement, qui indiquent l'existence de la paralysie générale progressive.

SECTION II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES AUTRES ORGANES.

§ 193. — Nous ne nous occuperons ici que des lésions pathologiques importantes au point de vue pratique, ou intéressantes sous le rapport de la théorie, que l'on observe fréquemment parmi les causes de mort chez les aliénés, et qui, à ce titre, offrent un grand intérêt clinique, qui coïncident d'une façon assez régulière avec les maladies mentales, ou qui ont enfin avec celles-ci un lien pathologique réel. Si important qu'il soit pour le médecin de connaître ces lésions, il faut bien se garder de bâtir trop vite des théories de la folie sur les altérations que l'on a pu rencontrer. Ainsi on a lu quelque part que chez un aliéné la rate était malade ou le foie induré, ira-t-on admettre pour cela que ces maladies sont des conditions physiques de développement de la folie, et baser sur quelques faits semblables une théorie mettant en relief l'influence des maladies viscérales sur la folie, théorie que l'observation de chaque jour réfute complétement, et qui d'ailleurs est abondonnée généralement aujourd'hui? Il est hors de doute que les aliénés peuvent succomber à toutes les maladies aiguës ou chroniques tout comme les autres personnes; aussi ce que nous allons dire dans les paragraphes suivants n'est-il en

quelque sorte que le complément de ce que nous avons dit déjà de l'étiologie des maladies mentales.

Parmi les maladies générales, l'une des plus fréquentes que l'on trouve chez les aliénés est l'anémie, surtout chez les femmes ; quelquefois, on voit une anémie profonde se manifester chez des individus parfaitement nourris, avec coloration cireuse et bouffissure des tissus pendant le cours de l'affection cérébrale qui produit la paralysie générale. M. Thore a trouvé que chez ces malades, même atteints de pneumonie, le sang est généralement séreux, et les caillots sanguins n'ont pas de consistance. Dans les asiles d'aliénés, il meurt une foule de malades, paralytiques, déments, etc., qui succombent à l'anémie et au marasme, sans qu'il y ait de lésions locales graves, excepté un peu d'athérome des artères.

La fièvre typhoïde n'est pas fréquente chez les aliénés; cependant on l'a vue quelquefois sévir sous forme épidémique, comme par exemple dans l'asile du Schleswig. Cette maladie a quelquefois exercé une influence favorable sur la folie, ainsi qu'on l'a observé quatre fois sur 49 malades, chez deux maniaques et chez deux mélancoliques.

Dans les asiles d'aliénés, le choléra fait des ravages plus ou moins considérables, suivant les circonstances; il frappe quelquefois d'une manière effroyable sur les vieillards qui y sont enfermés, comme cela s'est vu à la Salpêtrière. L'immunité dont certains asiles ont joui en temps d'épidémie (Bedlam, par exemple) ne doit nullement être attribuée à ce que les aliénés ne sont pas disposés à prendre la maladie. — Il est très rare que le choléra exerce une influence favorable sur la marche de la folie; le plus souvent, au contraire, il aggrave l'état physique et moral des aliénés.

Les épidémies de dysenterie sont assez fréquentes; la mortalité est généralement considérable ; on n'a pas remarqué que la folie en fût aucunement modifiée : ainsi les accès périodiques d'agitation maniaque n'ont été influencés en rien.

Pour ce qui est de la fièvre intermittente, nous en avons parlé en étudiant l'étiologie.

Le cancer paraît être rare chez les aliénés. A l'asile de Vienne, on n'en a trouvé que 6 cas sur 384 autopsies.

§ 194. — Une des affections locales les plus fréquentes chez les aliénés est cette maladie de l'oreille externe que l'on désigne ordinairement sous le nom de tumeur sanguine ou érysipèle de l'oreille. La peau du pavillon de l'oreille se tuméfie, devient brillante, tendue, et offre une fluctuation peu marquée; l'oreille s'épaissit, elle est rouge foncé, chaude et douloureuse. Si l'on incise la tumeur, on voit qu'elle est formée par une cavité remplie d'un sang demi-liquide qui s'écoule par la plaie et se reproduit rapidement; quelquefois même cette poche se vide par une crevasse qui

se fait spontanément. Quand on examine les choses de près, on trouve là un épanchement sanguin au-dessous du périchondre, qui est ainsi décollé du cartilage. Généralement l'enflure et la rougeur diminuent au bout de quelques semaines, et il ne reste plus qu'un épaississement plus ou moins considérable du pavillon de l'oreille, qui est quelquefois racorni et déformé. — On n'est pas encore aujourd'hui d'accord sur la manière dont se produit cette maladie, et cependant la littérature médicale est déjà considérable sur ce sujet, beaucoup plus même que cette affection ne le mérite. Pour certains auteurs, c'est une maladie spontanée, qui est plus ou moins liée au travail pathologique intracrânien, tandis que suivant d'autres, elle est le résultat de causes traumatiques extérieures, soit que les malades se frappent la tête contre les poteaux de leur lit, soit que des gardiens barbares tirent les oreilles de ces malheureux. Cette dernière hypothèse, qui a été reprise dernièrement encore par le docteur Gudden (*Zeitschr. für Psych.*, 1860), est la plus vraisemblable : ces tumeurs sanguines, en effet, ne s'observent guère que chez les hommes dans les asiles publics; on les trouve plus fréquemment à l'oreille gauche (qui est plus que la droite à la portée de la main des gardiens) ; elles se produisent d'une façon tout à fait brusque, et présentent quelquefois encore l'impression des ongles; enfin on ne les rencontre pas dans les asiles bien dirigés et où les gardiens sont activement surveillés.

M. Ludwig dit avoir souvent trouvé dans les yeux des aliénés, à l'aide de l'ophthalmoscope, des lésions, soit permanentes, soit passagères; ces dernières consistent principalement dans des hypérémies qui surviennent avec les paroxysmes et disparaissent avec eux. Ces faits, bien que peu détaillés, sont fort intéressants, mais ils n'ont pas encore été confirmés par de nouvelles observations, ce qui est regrettable.

§ 195. — Parmi les autres altérations organiques que l'on trouve chez les aliénés, les plus importantes, au point de vue clinique, sont les maladies des organes contenus dans la poitrine qui souvent entraînent la mort des aliénés.

I. *Maladies des poumons.* — Les plus graves de ces maladies sont la pneumonie, la gangrène pulmonaire et la phthisie. — Un grand nombre de malades meurent de pneumonie, surtout ceux dont la constitution est affaiblie, détériorée, comme les déments paralytiques. M. Calmeil estime le nombre des décès par pneumonie à 1/5ᵉ; MM. Aubanel et Thore, à 1/7ᵉ. A Sachsenberg, la proportion est de 1/9ᵉ; à l'asile de Schleswig, elle est de 1/6ᵉ. Comme dans les asiles de la vieillesse, on voit chez les aliénés, pendant la saison froide, de nombreux cas de pneumonie qui se terminent rapidement par la mort. La maladie ne se présente pas chez eux avec son cortége de symptômes ordinaires. Ainsi il est rare d'observer du frisson,

la toux est peu intense, l'expectoration est presque nulle, les douleurs rares; au contraire, il y a presque toujours une dyspnée plus ou moins considérable. Pour assurer le diagnostic, il n'y a naturellement que les signes physiques. Aussi, dès qu'un aliéné présente les symptômes d'un malaise nouveau, qu'il perd l'appétit, qu'il y a une soif vive, que la langue est sale et le pouls fréquent, faut-il examiner toujours la poitrine avec grand soin. La marche de la pneumonie, surtout chez les paralytiques, est ordinairement rapide, et la thérapeutique reste tout aussi impuissante que dans la pneumonie des vieillards. — Chez les aliénés, l'inflammation des poumons ne présente naturellement rien de particulier au point de vue anatomique. La pneumonie lobulaire est très-fréquente, surtout dans les cas où les malades ont présenté pendant la vie les symptômes d'un épuisement considérable ; chez les paralytiques la pneumonie est fréquente, parce que les produits de la sécrétion bronchique s'accumulent dans les petites divisions des bronches, et qu'il pénètre souvent des substances étrangères dans les voies aériennes (aliments, etc.).

La gangrène pulmonaire, que l'on observe quelquefois dans les prisons, n'a été bien connue chez les aliénés que depuis les travaux de M. Guislain. Cet auteur a observé cette maladie à peu près exclusivement chez des malades qui avaient refusé de manger et qui étaient morts d'inanition. Chez ces malades, dont quelques-uns avaient vécu de vingt à soixante jours, sans boire autre chose que de l'eau, M. Guislain considère l'appauvrissement du sang, l'espèce d'état scorbutique, comme étant la source première et la cause propre de la gangrène; pour lui, cette affection se traduit pendant la vie par une coloration foncée, briquetée, rouge brun, et plus tard cyanotique, des joues. Chez presque tous ces malades, on avait noté une diminution de la sensibilité générale ; le froid, la chaleur, la douleur, les impressionnaient peu ; ils pouvaient regarder longtemps le soleil sans être éblouis, etc. Il n'y avait ni douleur de poitrine, ni toux, ni dyspnée, ni fièvre; le pouls était généralement un peu ralenti (d'autres auteurs l'ont cependant vu accéléré), et la température de la peau était basse. La gangrène du poumon s'accompagne au contraire, comme on le sait, de symptômes graves chez les sujets non aliénés. La gangrène est tantôt limitée, tantôt diffuse : sur 9 cas, M. Guislain l'a vue 7 fois occuper le poumon gauche; dans aucun cas, on n'a observé les symptômes de gastrite que certains auteurs disent constante chez les individus qui refusent les aliments.

Depuis le travail de M. Guislain, on a souvent observé la gangrène du poumon chez les aliénés. Ferrus, MM. Calmeil, Webster, Thore, etc., en ont rapporté des exemples; plusieurs auteurs allemands ont également donné, dans ces derniers temps, de bons travaux sur ce sujet, parmi lesquels je citerai celui de Fischel. A l'asile de Prague, il s'est présenté en

six ans 25 cas de gangrène pulmonaire ; sur ces 25 cas, il y avait 12 mélancoliques, les autres étaient atteints de démence, d'épilepsie, de manie; ces malades avaient refusé de manger, ou se nourrissaient mal ; un d'entre eux mangeait des ordures. A l'asile de Vienne, en trois ans, sur 602 autopsies, on trouva 15 cas de gangrène pulmonaire, dont 5 étaient consécutifs au refus de nourriture.

Les observations qui ont été publiées jusqu'ici ont prouvé d'une manière incontestable que la gangrène pulmonaire n'est pas exclusivement bornée aux cas de refus de nourriture chez les mélancoliques, bien que ce soit dans ces cas qu'on l'observe le plus souvent. Ce qui prouve que l'abstinence et l'inanition sont les causes réelles de cette gangrène, c'est qu'on la voit également survenir dans les cas de rétrécissement considérable de l'œsophage, et que, chez les individus affaiblis par l'inanition, on observe la gangrène dans d'autres parties, aux joues, aux organes génitaux, etc., ce qui nous porte à croire que la gangrène pulmonaire n'est pas le résultat direct de la pénétration de parcelles alimentaires dans les voies aériennes par le fait de l'alimentation forcée chez les individus qui refusent de manger. — Dans certains cas aussi, la gangrène du poumon est évidemment le résultat d'une infection septique.

Voici, d'après Fischel, la marche que suivent les symptômes dans les états d'inanition. Le malade maigrit rapidement ; puis la fièvre arrive, la respiration s'accélère ; le malade tousse, il souffre dans la poitrine, il est oppressé, il a du catarrhe, un grand affaiblissement musculaire, les extrémités froides ; il a de grandes sueurs ; le teint est pâle et les joues présentent des taches briquetées ou cyanotiques. Bientôt les crachats et l'haleine prennent une odeur gangréneuse ; le malade présente tous les signes de l'induration pulmonaire, d'épanchements pleurétiques, quelquefois de pneumothorax et d'hémoptysies ; l'amaigrissement devient extrême, le malade n'a plus de forces, la diarrhée est très intense ; enfin la mort arrive, soit par le fait de l'anémie ou de la résorption purulente, du pneumothorax ou d'hémorrhagies abondantes. Chez les individus en proie à une mélancolie ou à une démence profonde, les symptômes sont quelquefois très insignifiants.

Obs. XLIX. — *Mélancolie consécutive à une impression morale; refus de nourriture. Mort. Gangrène pulmonaire.* — Pendant nos dernières agitations politiques, une dame d'un caractère sensible, âgée de cinquante-quatre ans, et menant une vie tranquille, fut saisie vivement à la vue de quelques hommes armés qui se battaient sous sa fenêtre. Elle éprouve, à l'aspect de cette scène, une violente secousse suivie de près d'une aliénation mentale, et il s'écoule plusieurs jours avant qu'on s'aperçoive qu'elle ne prend aucun aliment. Trois, cinq, neuf jours se passent en exhortations de sa famille ; mille questions lui sont faites ; tous les mets

imaginables lui sont offerts, mais rien ne peut vaincre sa déplorable aversion. Un médecin appelé ordonne l'application de quinze sangsues sur l'épigastre. La décomposition profonde des traits, son amaigrissement, sa mélancolie qui s'était fortement aggravée, inspirèrent à la famille de l'inquiétude, et la malade entra dans notre établissement le 4 février 1831.

A la couleur seule de la face je reconnus un refus de manger ; en effet, il résulta de mes informations que madame B... avait pris en tout, et dans l'espace de quatre semaines, quelques soupes au lait et un peu de bouillon léger. La face avait acquis une teinte d'un rouge briqueté : aux joues, au bout du nez, aux lobules des oreilles, elle était d'un brun prononcé ; la pupille était dilatée, et le blanc des yeux offrait une blancheur éclatante tirant sur le bleu : les cheveux, au rapport des parents, avaient toujours été onctueux, mais depuis quelques jours ils se faisaient remarquer par leur sécheresse extrême et même par une détérioration dans leur teinte, qu'on crut également remarquer dans les couleurs de l'iris.

Ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à faire ingérer quelques cuillerées de bouillon, car la malade, douée d'une force prodigieuse, se débat vigoureusement contre les servants, et la mélancolie passe à l'état de manie. L'amaigrissement fait d'effrayants progrès : la face se rembrunit, les lèvres acquièrent même une certaine lividité, et bientôt les mains et les pieds, surtout aux phalanges, passent à l'état de véritable cyanose. La malade s'obstine de plus en plus à repousser les aliments ; elle se roidit et offre bientôt les symptômes de la mélancolie combinés avec ceux de l'extase. Seulement on parvient de temps en temps à lui faire avaler une tasse de lait ou de bouillon ; et, pour vaincre enfin sa résistance, on a recours au fauteuil rotatoire : toutefois l'effet de ce moyen fut nul.

Son haleine acquit une odeur insupportable ; des crachats bruns, roussâtres, mêlés de stries rouge clair, furent expectorés ; l'expectoration devint abondante au bout de quelques jours, mais on n'y découvrit aucun pus véritable : c'était de la sanie. La face était à cette époque dans un état de décomposition tel, que la malade semblait parvenue à un âge déjà décrépit. Elle s'éteignit lentement, après avoir pris de temps en temps un peu de nourriture ; mais pendant les derniers jours elle accepta les aliments qui lui furent présentés.

A l'ouverture du corps, le cerveau et les méninges se présentèrent exempts de toute lésion appréciable.

Un examen attentif des viscères abdominaux ne m'a pas fait découvrir la moindre trace d'inflammation ; l'estomac a fixé mon attention par une absence complète de toute injection des capillaires ; cet organe n'était pas même contracté sur lui-même. Toutefois j'ai trouvé la vésicule du fiel remplie d'une bile très noire, et la rate, les vaisseaux mésentériques

contenant un sang dont la couleur extrêmement renforcée m'a confirmé ce qu'a dit à cet égard le célèbre Haller.

La cavité pectorale ouverte, en soulevant le poumon gauche, mes doigts pénétrèrent dans la substance de l'organe, et une odeur insupportable, s'échappant des déchirures, me força de suspendre momentanément cet examen. A la face postérieure et vers son lobe supérieur, le poumon, extrait de la poitrine, offrait une surface très noire, parsemée de taches vertes et brunâtres, dans laquelle on reconnut la destruction opérée par des doigts. Une incision cruciale faite dans cette partie me fit découvrir une dégénérescence telle, que le tissu se laissait déchirer au moindre effort. Un liquide cruorique, noir, puant, semblable au fluide exhalé d'un membre tombé en sphacèle, était infiltré et extravasé dans le tissu pulmonaire ; par-ci par-là quelques flocons purulents. En raclant avec le scalpel, le tranchant se couvrait d'une matière brunâtre, filante et putrilagineuse ; des stries d'un rouge livide serpentaient en tous sens. En dedans, la décomposition se prolongeait par des sinuosités dans le tissu des poumons. Toute la partie tombée en putrilage avait à peu près l'étendue d'un globe aplati de cinq pouces de diamètre. Les bronches étaient remplies d'une matière roussâtre, écumante et fétide ; mais le poumon droit n'offrait pas d'altération sensible. (Guislain, *Mémoire sur la gangrène des poumons chez les aliénés*, dans *Gaz. méd.*, 1836, p. 34.)

La fréquence de la phthisie pulmonaire chez les aliénés, signalée depuis longtemps par Lorry, a été constatée de nouveau par une foule d'observateurs, qui, même en se livrant à une statistique rigoureuse, ont trouvé que réellement la phthisie est notablement plus fréquente dans les asiles d'aliénés.

Esquirol regarde plus d'un tiers de ses mélancoliques comme phthisiques. M. Calmeil a trouvé des tubercules chez 2/5[es]; Webster, chez 1/4 ; Sc. Pinel, chez 1/6[e] des aliénés dont il a fait l'autopsie. A Vienne, on en a trouvé chez plus de 1/3 des malades ouverts (sur un total de 602 autopsies faites en trois ans, de 1853 à 1855) ; à Prague, en 1842 et 1843, Fischel en a trouvé chez 2/5[es]; à Eberbach, 1/5[e]; à l'asile de Colditz, Voppel en a trouvé chez 5/11[es]. A Palerme, en treize ans, Pignocco en a vu chez presque 1/4 ; à Hanwell (femmes) pas tout à fait 1/5[e]; à Bedlam, en six ans, 1/5[e]. Dans quelques autres asiles, au contraire, on a noté la rareté de la phthisie, comme M. Thore l'a fait pour Bicêtre. La statistique générale faite par Hagen pour un grand nombre d'asiles l'a mené à conclure que la phthisie figure pour un peu plus de 1/4 des cas de mort, et que cette proportion est à peu près la même que celle qui existe pour la population âgée de plus de quatorze ans. Cette évaluation peut être vraie pour les grandes villes comme Vienne et Prague, mais elle est trop élevée pour la population des campagnes ; d'où il résulte cependant que l'on

peut admettre qu'il existe chez les habitants des asiles une disposition plus grande à la phthisie que chez le reste de la population. Ce n'est pas seulement à cause de la mortalité qu'elle entraîne que la phthisie joue un rôle important chez les aliénés; elle a certainement aussi une grande valeur pathogénique, en ce qu'elle peut avoir un lien plus ou moins direct avec la production de la folie.

La phthisie se développe principalement dans les formes primitives; souvent elle n'offre pas la marche qui lui est ordinaire, c'est-à-dire que l'on observe parfois des alternatives surprenantes dans l'intensité des simptômes de l'affection pulmonaire et de la maladie cérébrale, de sorte que l'amélioration qui semble se produire d'un côté coïncide généralement avec une aggravation de l'autre côté. Toutefois ces alternatives sont non-seulement très inconstantes, mais encore elles n'existent qu'en apparence; les symptômes subjectifs de la maladie pulmonaire diminuent alors que la maladie mentale s'aggrave, tandis que les signes objectifs, physiques, démontrent que la phthisie continue à opérer son œuvre de destruction. Aussi faut-il souvent examiner les malades.

C'est également une erreur de croire que le délire des aliénés tuberculeux a un caractère spécial.

Toutes les autres altérations des organes respiratoires peuvent s'observer chez les aliénés. Ainsi on peut voir survenir le catarrhe aigu du larynx et l'œdème de la glotte chez les maniaques qui ont été longtemps agités et qui ont crié pendant longtemps. La pleurésie a été constatée par M. Sc. Pinel, 7 fois sur 135 autopsies; par M. Thore, 8 fois sur 76; à l'asile de Vienne, 89 fois sur 431. Jessen a noté sept cas d'apoplexie pulmonaire. La pneumonie hypostatique est également assez fréquente chez les aliénés qui conservent longtemps la même position. — Toutes ces maladies ne présentent rien de particulier chez les aliénés.

II. *Affections du cœur.* — Nasse, en consultant les travaux anciens sur la matière, avait noté la fréquence des maladies du cœur chez les individus atteints de folie, et en avait conclu qu'elles ont une grande influence sur les maladies mentales. Les observateurs qui l'ont suivi sont loin d'avoir trouvé une proportion aussi considérable. Ainsi Esquirol ne les a trouvées que chez $1/15^{e}$ de ses mélancoliques; Webster, chez $1/8^{e}$; Bayle, chez $1/6^{e}$; MM. Calmeil et Thore, chez environ 1/3. Les statistiques les plus récentes et les plus exactes ne signalent qu'une fréquence très modérée. A l'asile de Vienne, sur 602 autopsies, on a trouvé des affections du cœur dans environ $1/8^{e}$; cependant il y a encore dans ce chiffre un certain nombre d'affections que l'on a dû consigner dans les autopsies, mais qui n'avaient que peu d'importance au point de vue clinique. M. Bazin, à Bordeaux, n'a trouvé sur 343 autopsies de femmes aliénées que trois maladies organiques du cœur. — D'où l'on pourrait dire que les

affections du cœur sont plutôt rares que fréquentes chez les aliénés. — La dilatation de l'aorte et l'incrustation de ce vaisseau par des sels calcaires est plus fréquente, puisque à l'asile de Vienne sur 602 autopsies, on l'a rencontrée dans 1/6e des cas environ ; dans beaucoup de ces cas, naturellement elle est liée à d'autres affections du cœur et à l'incrustation calcaire des artères du cerveau.

§ 196. — *Lésions des organes abdominaux.* — Parmi les maladies organiques aiguës auxquelles les aliénés succombent, le catarrhe aigu est l'une des plus fréquentes et des plus graves. Il se présente avec ses symptômes ordinaires : injection, sécrétion muqueuse, ou avec des ulcérations des follicules, ou un travail d'exsudation avec relâchement, macération et ramollissement étendu de la muqueuse, se traduisant par des stries de sang dans les matières rendues. Ces divers catarrhes amènent la diarrhée colliquative, dont l'apparition est tant à redouter chez les individus affaiblis ; toutefois le ramollissement de l'iléon peut avoir lieu sans produire de diarrhée. Ces diverses maladies attaquent surtout les déments paralytiques, mais souvent aussi les mélancoliques et les maniaques. Leurs causes sont assez obscures ; leur fréquence dans certains asiles est peut-être due à l'abus des purgatifs. Le diagnostic en est assez difficile ; les signes les plus constants sont la perte d'appétit, le météorisme, la perte rapide des forces et la diarrhée ; aussi est-il nécessaire de s'assurer fréquemment de l'état des garderobes des aliénés.

Les anciens auteurs attachaient une grande importance au rétrécissement du gros intestin, qu'ils considéraient comme fréquent. Mais, sans doute, il n'y avait rien de morbide dans ces cas, et ce n'était là souvent que cet état qu'il est assez fréquent de rencontrer dans les autopsies, où le gros intestin est revenu sur lui-même ; quelquefois peut-être aussi s'agit-il d'un ratatinement de l'intestin à la suite d'un catarrhe prolongé.

Il en est de même du déplacement du côlon, qu'Esquirol, et après lui Bergmann, ont considéré comme une lésion fréquente et importante ; elle est au contraire tout à fait accessoire : le plus souvent elle consiste en ceci, que le côlon transverse, dans sa partie moyenne ou dans sa moitié gauche, descend jusque dans la région hypogastrique, derrière la symphyse ou même dans le bassin.

Mais nous avons encore à citer quelques autres lésions des organes abdominaux, telles que l'hypertrophie des ganglions nerveux, que l'on a observée dans certains cas : Rokitansky a vu un fait dans lequel il y avait une augmentation de volume considérable des ganglions abdominaux chez un hypochondriaque ; la procidence du rectum, que Bergmann a vue souvent chez les déments atteints de constipation ; le cancer de l'estomac (rare ; Esquirol en a vu un cas chez une femme qui croyait

avoir un animal dans l'estomac) ; des adhérences péritonéales, des inflexions, des déviations intestinales, donnant lieu à des sensations vagues et légèrement douloureuses qui provoquent certaines idées délirantes (une des malades d'Esquirol disait qu'elle avait Ponce Pilate, tous les personnages de la Bible et un concile de papes dans le ventre ; une autre croyait y avoir plusieurs diables) ; des corps étrangers dans l'intestin, par exemple une quantité incroyable de cailloux qu'un malade avait avalés, une cuiller, etc. ; des affections organiques du foie, des entozoaires de l'intestin ; des maladies des ganglions mésentériques (Bonnet a trouvé, chez un malade qui croyait avoir trois grenouilles dans le ventre, trois ganglions cancéreux réunis dans le même point) ; etc. — La maladie de Bright est rare chez les aliénés, en tant qu'affection primitive ; mais les légers degrés de dégénérescence graisseuse que l'on observe dans les différents états qui s'accompagnent de marasme sont naturellement fréquents. — Enfin, il nous reste encore à parler des maladies des organes génitaux chez l'homme et chez la femme (prolapsus, hypertrophies, cancers, hydatides, etc.) ; il est rare qu'elles donnent au délire le caractère d'une surexcitation sexuelle ; elles déterminent plutôt des symptômes hystériques, et c'est sous ce rapport qu'elles peuvent surtout avoir une certaine influence sur le développement de la folie. La littérature médicale, tant ancienne que moderne, est riche en faits de ce genre, mais qui ne supportent pas toujours une critique rigoureuse ; cependant ils ont un certain intérêt au point de vue théorique, et ils ont eu au moins pour effet d'éveiller l'attention des médecins sur l'état des organes génitaux, que l'on doit toujours examiner avec soin (1).

(1) Il y a lieu, pour les maladies incidentes des aliénés, de rappeler encore ici la distinction des *folies simples* et des *folies congestives*, ces dernières seules offrant, dès le début, des symptômes qui annoncent l'imminence de la paralysie générale. On peut, à cet égard, invoquer ce que M. Griesinger dit de cette maladie de l'oreille externe qu'il signale comme l'une des plus fréquentes chez les *aliénés*. Il est certain, en effet, qu'on ne l'observe, dans la très grande majorité des cas, que chez des aliénés qui sont ou doivent devenir bientôt paralytiques ; de sorte qu'on est conduit à dire qu'elle est très rare dans la folie simple et assez commune dans la folie congestive ou dans la paralysie générale. Cette maladie de l'oreille a donc une connexion spéciale avec les conditions qui produisent la lésion des mouvements. Cette circonstance rend bien plus difficile à admettre l'hypothèse du docteur Gudden, qui attribue les tumeurs des oreilles dont il s'agit ici aux violences des gardiens. Si l'on observe plus souvent ces tumeurs chez les hommes, c'est que la folie congestive et la paralysie générale sont beaucoup plus fréquentes chez eux. A la Salpêtrière, je vois presque exclusivement la maladie de l'oreille externe chez des femmes paralytiques. Je puis assurer qu'elle n'est pas provoquée par des *déchirures* de l'oreille ; mais il est possible, probable même, que, dans un

LIVRE V.

CURABILITÉ ET TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES.

SECTION PREMIÈRE.

PRONOSTIC.

§ 197. — Le pronostic comporte deux questions. Et d'abord, la vie du malade est-elle menacée par l'existence de la folie? en second lieu, jusqu'à quel point peut-on espérer la guérison de la maladie mentale?

La réponse à la première de ces questions dépend souvent plus de l'existence d'autres états pathologiques appréciables suivant les règles connues (tubercules pulmonaires, maladies du cœur, etc.), que de l'état de maladie du cerveau. — Parmi ces affections cérébrales mêmes, les plus graves sont ces dégénérescences profondes du cerveau qui se traduisent par l'ensemble des symptômes de la paralysie générale; ces lésions ne laissent guère au malade qu'un, deux ou trois ans à vivre, et quelquefois même beaucoup moins. — Une lésion très grave, également au point de vue du pronostic, ce sont ces hypérémies étendues et intenses du cerveau, qui parfois donnent lieu à l'agitation maniaque pendant un certain temps, mais qui plus souvent encore arrivent par accès pendant la durée de la manie; cette hypérémie peut promptement amener le ramollissement de la substance corticale, ou bien déterminer des épanchements séreux ou sanguins rapidement mortels. — L'œdème cérébral, surtout

certain nombre de cas, les coups que les malades se donnent pendant leur agitation contribuent à les produire.

J'ajouterai que, pour les maladies incidentes des aliénés, il importe encore de noter la fréquence très grande dans les folies congestives, et au début de la paralysie générale, des furoncles, des anthrax et d'abcès plus ou moins étendus. Les pneumonies et les inflammations des membranes séreuses sont aussi bien plus fréquentes chez les paralytiques que dans la folie simple. Je signale encore ces différences pour prouver de nouveau combien il y a d'inconvénient à réunir dans des généralités, sous le titre commun d'*aliénés*, des malades atteints d'affections aussi différentes que la folie simple et la paralysie générale. (B.)

s'il se produit brusquement, peut être cause de la mort; le refus de nourriture, que l'on trouve chez certains mélancoliques, peut encore amener des accidents fort graves lorsqu'il se prolonge. En général, il y a beaucoup plus grand danger de mort dans les premières périodes, dans la manie et la mélancolie récentes, que dans ces états d'irritation chronique ou d'altération modérée, mais incurable, du cerveau, qui donnent naissance à la manie modifiée, chronique, à la folie systématisée ou à la mélancolie avec affaiblissement intellectuel; non-seulement ces diverses formes chroniques laissent longtemps vivre les malades, mais encore on y observe généralement, au bout d'un certain temps, une amélioration sensible dans l'état de santé des malades, qui prennent alors un embonpoint notable : on trouve dans tous les asiles un certain nombre d'aliénés qui y vivent depuis de longues années.

Il n'y a un intérêt réel à comparer entre elles les tables de mortalité des divers établissements consacrés aux aliénés que si l'on recherche avec soin les causes des différences qu'elles peuvent offrir.

La mortalité est toujours plus considérable dans les établissements destinés spécialement aux cas récents que dans les asiles d'aliénés curables et incurables. En effet, chez les aliénés, le plus grand nombre des cas de mort se produisent dans les douze ou dix-huit premiers mois de la maladie ; ce qui peut s'expliquer par ce fait qu'alors l'affection cérébrale est récente, aiguë, que la folie peut être la complication ultérieure d'une foule d'autres affections graves, qu'à cette période la manie est fréquente, et qu'enfin la paralysie générale débute souvent de bonne heure. La fréquence plus ou moins grande de cette dernière complication peut apporter des modifications considérables dans les tables mortuaires des divers pays et des divers établissements; c'est cette même cause qui fait que la mortalité est généralement plus grande (plus précoce) chez les hommes que chez les femmes. A Bedlam, où il n'y a pas un cas de folie datant de plus d'une année, où l'on ne reçoit ni un épileptique, ni un paralytique, ni même (autant que je le sais) un maniaque, et où, dans tous les cas, les malades ne restent jamais plus d'un an, la mortalité était de 6 à 9 pour 100. Saint-Yon, établissement mixte, a une mortalité de plus de 7 pour 100. A Winnenthal, qui n'est qu'un hôpital pour les cas récents, en vingt années (de 1834 à 1854), la mortalité a été de 11 à 12 pour 100. A Siegburg, en quatre ans (de 1846 à 1850), elle a été de 10 à 11 pour 100; à Sachsenberg, en dix ans (1840 à 1849), 16 à 17 pour 100; à Hanwell, de 12 pour 100; à Leubus (hôpital actif), dans une période de vingt-quatre ans, elle a été de 16 pour 100 ; en Angleterre, dans les asiles des pauvres, elle était de 27 pour 100; enfin, à l'Antiquaille de Lyon, on l'évalue à 30 pour 100. Hitchman (1850) disait que, d'après ce qu'il a vu à Hanwell, il

estime que les maladies mentales triplent le chiffre normal de la mortalité.

§ 198. — Quant à la seconde question du pronostic, celle qui est relative à la curabilité de la folie, sa solution dépend de circonstances particulières, et exige une connaissance spéciale et une grande expérience des maladies mentales. La statistique des établissements d'aliénés prouve encore quelques faits importants qui sont établis d'une manière unanime par une longue série d'expériences (par exemple, l'incurabilité de la démence secondaire, l'influence de la durée de la maladie sur le pronostic, etc.); seulement, parmi ces données fournies par la statistique, il en est qui n'ont qu'une valeur douteuse: en effet, le mot « guérison » semble ne pas avoir toujours été employé dans le même sens, et aucune statistique ne peut nous donner une idée des circonstances compliquées qui doivent, dans un cas donné, guider le jugement sur la curabilité de la maladie.

Une première circonstance, et c'est la plus importante sous le rapport de la curabilité, c'est la forme de la folie ou la période de la maladie. Ainsi, on doit regarder comme tout à fait incurables tous les états de démence secondaire (avec laquelle cependant il ne faut pas confondre la mélancolie avec stupeur, ni un état de détente profonde des facultés mentales à la suite de la manie). La folie systématisée n'est guère plus susceptible de guérir radicalement, bien qu'elle puisse quelquefois s'améliorer, soit que la fausseté, l'erreur du jugement s'étende à un cercle considérable d'idées, soit qu'elle se borne au contraire à un petit nombre d'idées délirantes. Dans ce dernier cas, en effet, la fixité des idées résulte également d'un changement total survenu dans l'individualité psychique, qui met le malade dans l'impossibilité de se défaire complétement de l'idée fixe qui le poursuit, de sortir de l'état d'affaissement dans lequel se trouve son ancien *moi*, et, en un mot, de redevenir lui-même. Dans ces cas, l'amélioration, qui ne peut consister que dans la disparition du délire et dans le retour à des habitudes d'ordre, à une bonne tenue et à l'accomplissement de quelques devoirs mécaniques, ne peut être obtenue que par un traitement prolongé et souvent très énergique, — encore ce résultat est-il très incertain.

Parmi les formes primitives de la mélancolie et de la manie, nos observations propres, qui coïncident exactement avec celles de Bergmann, nous ont prouvé que c'est la mélancolie, surtout lorsqu'elle est réellement primitive, qui guérit le plus souvent. Lorsque nous voyons qu'au contraire beaucoup d'autres aliénistes (Jessen, Ideler, Falret, Ferrus, Haslam, Rush, etc.) regardent la manie, et surtout la manie agitée, comme étant la forme la plus susceptible de guérison, cela ne peut s'appliquer qu'aux asiles; en effet, on n'y reçoit que rarement des cas de

mélancolie légère, le plus souvent ce sont des cas graves, anciens, et par conséquent peu curables, tandis que naturellement on envoie dans les asiles même les cas légers de manie et d'exaltation. Un grand nombre de cas de mélancolie moyenne, lorsqu'ils sont convenablement traités, se terminent heureusement en dehors des asiles; quant aux cas chroniques de mélancolie et de manie, il est d'autant plus difficile d'établir les chances de guérison de l'une ou de l'autre de ces formes, qu'il est fréquent de les voir alterner entre elles : la maladie passe constamment de l'excitation à la dépression (1).

Parmi les formes primitives, lorsque la période mélancolique est de courte durée, le cas est plus favorable que quand cette même période se prolonge; un état d'émotion vague, sans objet, que le fond soit d'ailleurs triste ou gai, et de délire général, vague, est plus favorable que des idées délirantes fixes et dominantes. C'est pour ce motif même que la monomanie exaltée est beaucoup moins susceptible de guérison que la manie agitée; de même dans la mélancolie, il y a moins de chances de guérison dans les cas où le malade attribue à d'autres personnes l'état où il se trouve, que dans ceux où il s'accuse lui-même et attribue son état à ses fautes, etc.

Dans ce jugement sur la curabilité de la maladie, tiré de la forme mentale, le plus important est toujours de déterminer si l'on a encore affaire à un état morbide actif, passager, ou au contraire aux reliquats d'un travail pathologique ancien. Comme la manie représente évidemment le summum d'intensité de toutes les périodes et de toutes les formes, on considère généralement comme une règle pratique que, quand à une période maniaque succède un calme complet et prolongé, sans qu'il y ait pour cela amélioration notable dans les idées, le malade est gravement menacé d'incurabilité. Du reste, le pronostic est surtout défavorable quand les formes primitives dégénèrent en folie systématisée et en affai-

(1) Si la mélancolie d'une intensité moyenne peut guérir en dehors des asiles, quand elle est convenablement traitée, je dois ajouter qu'on voit un assez grand nombre de cas de mélancolie légère qui guérissent sans aucun traitement. Je donne dans ce moment des soins à une dame atteinte d'un accès maniaque très grave et qui, il y a huit ans, s'est mariée pendant un accès de mélancolie légère pour laquelle elle n'a consulté aucun médecin. C'est après sa guérison que cette dame a raconté à son mari les conceptions délirantes qui occupaient son esprit. En apparence, il n'y avait eu chez elle qu'une tristesse assez grande et une tendance à l'isolement. Ces cas ne sont pas rares, et des jeunes filles se marient assez souvent après avoir eu un premier accès de mélancolie légère qui s'est passé dans la famille et auquel personne n'a attaché d'importance. J'ai rappelé ailleurs que Marc avait raconté dans son ouvrage comment lui-même avait été atteint de deux accès de mélancolie légère avec tendance au suicide. (B.)

blissement intellectuel, ce qui se produit souvent après de nombreuses alternatives d'amélioration et de rechute. Dans ces cas, on doit considérer comme signes très défavorables la cessation de tous dérangements dans l'état physique, et en particulier le retour de l'embonpoint, ainsi que toutes les anomalies persistantes du mouvement et de la sensibilité (convulsions, modifications dans l'état des pupilles, perte du goût, de l'odorat, quand le malade mange des ordures, regarde fixement le soleil, éprouve des douleurs vagues dans les membres, etc.); tandis que, d'un autre côté, l'absence du retour à des penchants normaux, l'idée constante d'une vanterie et d'un orgueil sans bornes, non accompagnée d'exaltation des sentiments, l'incohérence croissante des idées, l'obtusion des traits, indiquent que l'affection continue à progresser.

§ 199. — Dans la folie, la durée de la maladie a une importance plus grande au point de vue du pronostic que dans aucune autre affection. Sous ce rapport, les diverses statistiques peuvent présenter quelques différences, mais qui ne changent rien au fond. Ainsi, à Winnenthal, sur 100 malades guéris, 68 guérirent dans les premiers six mois de la maladie, 18 guérirent dans l'espace de deux ans, et 11 autres dans l'espace de quatre ans et plus. A la Retraite (Julius, *loc. cit.*), 80 guérirent dans les trois premiers mois, et 46 pour 100 dans la première année. Jessen dit avoir guéri 66 pour 100 des cas récents, c'est-à-dire ne remontant pas à plus d'une année avant leur entrée dans l'asile, et 12 pour 100 seulement des cas plus anciens. A Leubus, 64,16 pour 100 des cas récents, datant de moins de six mois, ont guéri; des cas datant de six à douze mois, 34,26 ont guéri; de ceux datant de plus d'un an, 20 pour 100. Pour les cas traités d'une façon convenable dans le premier mois de la maladie, on peut estimer la proportion des guérisons à 70 pour 100 (Ellinger); au contraire, Esquirol ne porte qu'à 1/30[e] le nombre des guérisons dans les cas datant de trois ans. Ainsi, quand, au bout d'une année, la maladie n'a pas fait de progrès appréciables vers la guérison, les chances de guérison complète sont déjà faibles, bien qu'il ne manque pas dans la science des faits où la maladie, quoique datant déjà de six, dix et même vingt ans, a encore guéri : chez les femmes, l'âge critique exerce assez souvent une influence favorable sur la maladie.

Pour ce qui est des signes pronostiques tirés de la marche de la maladie et de la manière dont les symptômes se groupent, une périodicité marquée des accès, séparés les uns des autres par des intervalles libres prolongés, est une circonstance des plus fâcheuses. Ordinairement, chez ces malades qui ont des accès de folie, d'abord tous les ans, tous les trois ans ou même tous les sept ans, les récidives sont toujours plus longues et plus graves, les intervalles lucides sont de plus en plus courts, et à chaque nouvel accès le pronostic s'aggrave. Dans les cas de folie continue, en

général (mais il y a des exceptions), lorsque la maladie s'est développée lentement et progressivement, l'affection suit une marche lente et la guérison est difficile; un début brusque est généralement plus favorable. Mais, d'un autre côté, les guérisons qui se produisent lentement et peu à peu sont ordinairement plus solides que les guérisons rapides; ces dernières sont d'ailleurs rares, surtout dans les maladies qui ont eu une durée prolongée. Des alternatives irrégulières, et même des symptômes violents et impétueux, sont toujours plus favorables que des symptômes persistants et toujours identiques, comme, par exemple, une agitation constante, une gaieté même modérée, mais permanente, une loquacité incessante, le refus prolongé des aliments, etc. Le pronostic de la nymphomanie et de ses diverses modifications est plutôt favorable chez les jeunes sujets; il est très fâcheux, au contraire, à l'âge critique; la surexcitation sexuelle est également d'un pronostic grave chez les hommes d'un âge avancé; le plus souvent elle mène à la démence. — Chez les maniaques, le retour d'une période de dépression est un signe favorable, par exemple les larmes abondantes, en ce que parfois le retour d'un stade mélancolique amène la guérison, ou qu'au moins une période de tristesse est suivie d'un intervalle lucide; il en est de même du retour d'un sentiment de décence, de la réapparition des penchants antérieurs et du goût pour les choses que le malade affectionnait antérieurement (le travail, la musique, etc.); la conservation de la mémoire, le désir de revoir ses parents, sont également des signes favorables. Les hallucinations nombreuses, coexistant avec un état de calme, sont généralement graves. Un état de santé physique parfaite (constaté par un examen minutieux de tous les organes), existant avec un trouble mental prolongé, est regardé à juste titre comme un signe fâcheux; d'un autre côté, il est assez rare de voir le retour de certains états pathologiques antérieurs, mais qui avaient disparu pendant la folie (douleurs de dents, douleurs de tête, œdèmes, hémorrhagies, etc.), s'accompagner d'une amélioration notable de l'état mental, à plus forte raison d'une guérison complète et rapide. Toutes les rémissions et toutes les intermissions qui se font progressivement, tous les intervalles lucides, sont naturellement favorables. Mais le meilleur signe pronostique tiré des symptômes, c'est lorsque le malade a conscience du trouble intérieur qui l'agitait, qu'il éprouve le sentiment de son état, et que son *moi* ancien réagit contre le trouble mental qui lui apparaît comme un état de maladie; cependant il peut se faire encore, ainsi que le fait observer Jakobi, que plus tard les forces manquent à ces individus pour que cette réaction puisse se prolonger, et alors cette lueur passagère d'amélioration ne tarde pas à disparaître.

§ 200. — Quelques-unes des circonstances étiologiques que nous

avons énumérées dans le livre deuxième ont également une certaine influence sur le pronostic. Il est évident que la folie peut guérir plus souvent chez les sujets jeunes que dans l'âge mûr; cependant on voit encore parfois des cas de folie récente, chez des individus âgés de cinquante, soixante ans et plus, se terminer par la guérison, et la démence sénile est la seule maladie qui n'offre absolument aucune chance de guérison.

On admet qu'en général la folie guérit plus souvent chez les femmes que chez les hommes ; cela tient, sans doute, à ce que chez elles la démence paralytique est plus rare que dans l'autre sexe; Jessen a noté (et cela a été confirmé par nombre d'auteurs) que les cas de folie, ancienne surtout, présentent chez les femmes de meilleures chances de guérison, ce qui semble provenir de ce que chez les hommes, il se manifeste plus tôt que dans l'autre sexe un état d'incurabilité réelle. — Dans les cas de folie héréditaire, l'opinion générale est que le pronostic est presque toujours extrêmement grave, de sorte que souvent on néglige le traitement.

Mais les cas de guérison bien constatée démontrent que l'hérédité de la folie n'entraîne pas nécessairement son incurabilité; toutefois les chances de guérison sont un peu plus faibles, et chez les individus qui ont eu le bonheur de guérir, les récidives sont fort à craindre. Les personnes des classes élevées de la société, de bonne éducation, ont-elles, comme on l'a prétendu, de plus grandes chances de guérison que les gens des classes inférieures ? Les guérisons sont-elles plus rares chez les Israélites ? Ce sont là des questions que je ne me hasarderai pas à décider. — Le caractère, la résistance morale des malades, qui fait qu'ils se laissent plus ou moins aller à la maladie, et qu'ils suivent le traitement avec plus ou moins de confiance, me paraît avoir une influence considérable sous le rapport du pronostic. Des cas très graves, ce sont ceux où la folie s'est développée progressivement chez des individus qui, habitués dès leur enfance à satisfaire tous leurs caprices, se sont fait un esprit bizarre, original, excentrique ; il en est de même de ces cas où la folie succède à des émotions douloureuses prolongées, à des chagrins anciens, à de longues oscillations entre l'espérance, le doute et l'insuccès, à des passions violentes dont les orages ont finalement ruiné les facultés intellectuelles. Ces plaies profondes ne guérissent pas sans perte de substance psychique ; souvent elles entraînent après elles un véritable ébranlement des facultés mentales, dont la guérison est beaucoup plus difficile que dans les cas où cet ébranlement s'est produit d'une façon brusque, comme à la suite d'une frayeur, etc.

Les affections primitives, idiopathiques du cerveau, sont en général beaucoup plus graves que celles qui sont secondaires, sympathiques; les cas de folie survenant à la suite de blessures de la tête, de la méningite aiguë, de l'apoplexie sanguine et de l'épilepsie prolongée, sont à peu près

incurables, principalement ces deux dernières (toutefois cela n'est pas sans quelques exceptions) ; il en est de même de ceux qui succèdent à la fièvre typhoïde et qui affectent la forme chronique. Au contraire, parmi les circonstances physiques qui contribuent au développement de la folie, on doit considérer comme favorables, parce qu'il est plus facile d'en triompher, l'anémie, les congestions cérébrales aiguës, les troubles digestifs, les troubles menstruels et beaucoup d'autres dérangements des fonctions sexuelles.

Le pronostic est des plus graves dans la folie des buveurs invétérés, qui présente de bonne heure le caractère de l'affaiblissement intellectuel; quand la folie est le résultat d'une ivrognerie modérée, la guérison n'est pas impossible, mais les rechutes sont fort à craindre. — La folie, chez les individus livrés à l'onanisme et épuisés par les excès vénériens, n'offre pas au début un pronostic tout à fait défavorable quand ces malades laissent de côté la cause qui les épuise, et que, par un traitement convenable, on arrive à guérir les maladies locales dont ils pouvaient être atteints, et à relever leur constitution d'une manière suffisante ; la guérison est au contraire impossible chez ceux dont la folie va jusqu'à la monomanie, et surtout chez ceux dont le délire roule sur une union intime avec des êtres surnaturels et qui ont une tendance constante à la masturbation. — La folie hystérique survenant d'une façon aiguë, et s'accompagnant d'une violente agitation, est moins grave, au point de vue du pronostic, que quand elle est passive, caractérisée par de la dépression et qu'elle suit une marche lente. —De tous les genres de folie, la folie puerpérale est celle dont le pronostic est le plus favorable ; cette forme donne même dans les asiles un assez grand nombre de guérisons, et cependant la plupart de ces malades ne vont pas dans les asiles, elles guérissent chez elles.

Les circonstances extérieures et les conditions dans lesquelles se trouvent les malades ont également une grande influence sur le pronostic. Quand la misère empêche tout traitement efficace, quand le caractère original et bizarre des parents s'oppose au redressement des erreurs du malade, quand il est impossible de soustraire l'aliéné au milieu dans lequel il a perdu la raison, il ne faut pas se faire illusion, il n'y a rien à faire, il n'y a rien à attendre de la nature dont les efforts restent impuissants.

§ 201. — Si l'on considère les chances de guérison de la folie en général, on voit que les résultats sont consolants. D'après la statistique des asiles, les cas de folie récente sont beaucoup plus favorables, sous le rapport du pronostic, que toutes les autres affections chroniques du cerveau.

Mais si, comme cela devrait être, on veut entendre par le mot « gué-

rison » la disparition totale de la maladie, le retour complet de l'intelligence et de l'état mental antérieur, ainsi que de la force du caractère, il est assez rare que l'on arrive à ce résultat. Ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est de voir les principaux symptômes de la folie disparaître, mais l'individu conserve une légère faiblesse intellectuelle, ou une grande irritabilité, ou encore certains tics, certaines bizarreries, qui lui permettent cependant d'accomplir quelques devoirs simples de la vie et même de reprendre souvent ses occupations. Sous ce rapport, il y a une différence à établir entre les cas suivis d'amélioration ; il y a à faire deux catégories, les guéris et les améliorés, comme on le fait depuis longtemps dans certains asiles (par exemple à Winnenthal).

On comprend que, par cette amélioration, on peut vouloir dire non-seulement que le malade est calme, mais encore qu'il s'est produit en lui un changement qui arrête complétement les progrès ultérieurs de la maladie. Il serait, par exemple, tout à fait inadmissible de vouloir dire qu'un maniaque, qui tombe petit à petit dans la folie systématisée, qui devient alors calme et inoffensif, et que l'on peut soigner chez lui, est pour cela amélioré ; son état, au contraire, s'est considérablement aggravé, et ce n'est que parce qu'il est désormais incurable, qu'on peut le rendre à sa famille.

On me permettra de citer ici quelques chiffres tirés des asiles d'Allemagne. Winnenthal a reçu en vingt ans (1834-1854) 1424 malades (888 hommes, 536 femmes), dont 445 (260 hommes, 185 femmes) ont guéri, soit 31 pour 100. A Siegburg, du 1er octobre 1846 au 31 décembre 1850, il est entré 872 malades, dont 277 sont sortis guéris, soit 31 pour 100. A Sachsenberg, en dix ans (1840-1849), 695 malades, dont 213 guéris, soit 30 à 31 pour 100. A Sonnenstein, en cinq années (1846-1851), la proportion était de 33 pour 100. Ces chiffres s'accordent tous d'une manière remarquable ; et quand Flemming dit (*Zeitschr. für Psych.*, XV, 1858) : « Il est aujourd'hui démontré jusqu'à l'évidence que, relativement aux maladies mentales, il n'existe pas de statistiques sur lesquelles on puisse baser des conclusions, quant à la curabilité de ces maladies, ni quant à l'utilité du traitement qu'on leur oppose », je veux bien admettre ce dernier point, mais je ne partage nullement cette opinion relativement à la curabilité de la folie.

§ 202. — La simple disparition des symptômes les plus frappants, la cessation de l'exaltation et du délire, ne peuvent pas être regardées comme les signes certains du retour complet de la santé morale ; le malade peut être calme en apparence, il peut dissimuler certains faux jugements qui règnent encore cependant sur son esprit ; qu'il y ait en même temps une amélioration notable dans l'état général du malade, et l'on pourra commettre l'erreur de le croire guéri. Le signe capital du

retour à la santé, c'est lorsque l'individu reconnaît qu'il a été malade, que l'état dont il sort était un état morbide; lorsqu'il rompt complétement avec toutes les idées délirantes qui le poursuivaient alors, et qu'enfin il apprécie de mieux en mieux sa position. Nous devons y ajouter le retour aux anciens penchants et aux habitudes normales, le besoin qu'éprouve le malade de s'occuper comme autrefois, l'intérêt qu'il prend aux choses de sa vie antérieure, le plaisir qu'il a de voir ses parents et ses amis, pour qui il avait au contraire de la haine pendant sa maladie. En effet, de même que la folie a commencé par un changement de caractère, par un état d'émotion constante, de même c'est cette partie de la vie psychique qui se réveille la première quand la maladie disparaît. Dans les cas où l'intelligence paraît intacte, mais où l'individu est encore mal disposé contre certaines personnes, qu'il se met facilement en colère et qu'il est encore très irritable ; quand il ne peut supporter qu'on parle devant lui de sa maladie, et qu'il évite soigneusement tout ce qui peut la lui rappeler; en un mot, quand il reste en général quelque chose d'étrange dans sa manière de ressentir les choses, dans sa tenue, sa parole, sa physionomie, son regard, on ne peut pas dire encore que le malade soit complétement guéri. Le fond de cette guérison, c'est le calme parfait des sentiments; l'individu qui est radicalement guéri parle librement de sa maladie comme d'une chose qui désormais lui est complétement étrangère ; il témoigne aux personnes qui l'entourent sa reconnaissance et sa confiance, mais il ne fait pas éclater d'une façon bruyante la joie que lui procure sa guérison ; enfin il s'en remet entièrement à son médecin pour le temps de sa sortie.

En général, les guérisons qui se font lentement, et dans lesquelles le malade a chaque jour mieux conscience de son état, sont plus solides que celles qui arrivent rapidement, brusquement, quand bien même ces dernières paraîtraient aussi complètes que les autres. Du reste, on peut trouver les meilleurs signes d'une guérison complète du côté des facultés mentales, tandis que d'autres maladies qui ont eu une influence essentielle sur le développement de la maladie cérébrale (tubercules, maladies des organes génitaux) continuent à marcher. Dans ce cas, lorsqu'on dit que le malade est complétement guéri, cela ne veut pas dire que la santé physique se soit entièrement rétablie ; mais on doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une nouvelle maladie cérébrale. — En tout cas, il faut que cet état de santé mentale se soit assez prolongé, pour que la guérison puisse se distinguer d'un simple intervalle lucide, de même que chez un épileptique, il ne suffit pas de quelques mois pour le déclarer guéri, mais il faut longtemps attendre avant d'affirmer la guérison.

Quelques observateurs (Esquirol) étaient portés à n'admettre comme

définitives que les guérisons qui s'accompagnent de crises palpables; d'autres (Jessen, Neumann et nous) n'ont que rarement observé de semblables crises. On ne peut nier que quelquefois ces modifications constitutionnelles, qui doivent souvent se présenter lors de la guérison d'une aussi grave maladie, ne puissent parfois se traduire par une abondance extraordinaire ou un changement dans la qualité des excrétions, par des éruptions cutanées, etc., et que ces phénomènes, lorsqu'ils coïncident avec une amélioration de l'état mental, n'aient une signification favorable. Ces phénomènes semblent d'ailleurs être plus souvent la conséquence que la cause de la guérison; très souvent aussi ils sont purement accidentels, et comme enfin ils manquent très fréquemment, il s'ensuit que l'opinion d'Esquirol ne peut pas être partagée.

§ 203. — Le nombre des rechutes nous donne une mesure de la solidité de la guérison. Jakobi estimait que sur 100 guérisons, il y a 25 rechutes. M. Parchappe portait ce chiffre à 164 sur 498 malades guéris; Farr, pour les asiles en Angleterre, à 1200 sur 5846 (plus du quart); Julius, pour l'asile d'York (*Retreat*), à 31 récidives sur 100 guérisons; Damerow, à Halle, estimait cette proportion à 14 pour 100; M. Guislain l'évalue à 19 pour 100 dans les asiles; M. Schröder van der Kolk est arrivé au même résultat pour les asiles de Hollande. Mais comme tous les cas de récidive ne sont pas traités dans les asiles, on doit admettre une proportion plus considérable, et porter la moyenne à 20 ou 25 pour 100.

C'est dans les deux premières années qui suivent la guérison que les récidives sont les plus fréquentes, ce qui peut s'expliquer par l'excitabilité morale et la susceptibilité morbide plus grande qui succède souvent à la folie pendant un temps plus ou moins long, et quelquefois aussi par ce fait, que les malades sortent trop tôt de l'asile. On peut peut-être expliquer aussi par cette irritabilité morale les récidives plus fréquentes pour le sexe féminin. On doit songer, en outre. combien dans la plupart des maladies chroniques les guérisons complètes et durables sont rares, et combien il est difficile de faire cesser entièrement certaines causes constitutionnelles qui souvent existent depuis la première enfance, et dont l'action constante a toujours pour effet d'amener de nouvelles rechutes du même état pathologique. Ce n'est pas à l'impuissance de l'art ni à une incurabilité prédestinée de ces formes morbides qu'il faut attribuer les rechutes des individus qui, à leur sortie de l'asile, retombent dans des conditions déplorables d'existence, ou qui s'exposent de nouveau à l'action des mêmes causes qui ont déjà une fois produit chez eux la maladie. Quand un individu, après sa guérison, retourne à ses habitudes d'ivrognerie, retombe dans la misère, se livre à des travaux exagérés, se trouve de nouveau en proie à des passions ou à des émotions violentes,

on peut à peu près à coup sûr lui prédire une récidive; les ivrognes, en particulier, ne peuvent pour ainsi dire jamais quitter un asile sans avoir la triste perspective d'y revenir bientôt. — Pour nous résumer donc, le pronostic de la folie est généralement bien plus consolant que les médecins et le public ne le croient d'ordinaire ; et l'on peut dire avec raison, que le pronostic de la folie récente est beaucoup plus favorable que celui de la plupart des autres maladies du cerveau, et surtout que celui de l'épilepsie.

SECTION II.

TRAITEMENT.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§ 204. — Le traitement des maladies mentales s'est beaucoup ressenti des hypothèses théoriques que l'on a faites et de l'influence que l'on a accordée à tel ou tel système. L'ancienne pathologie humorale évacuait la bile noire ; la théorie de l'excitation cherchait (et cherche encore) à augmenter ou à diminuer l'excitabilité de l'organisme; la théorie de l'inflammation localisée, bien qu'étant en opposition avec l'expérience journalière, faisait de l'antiphlogose le fond du traitement, et l'on complétait tout cela quelquefois en y ajoutant des principes moralisateurs et des pratiques de bigoterie. Ce qui fait aujourd'hui le fond de la médecine psychiatrique, ce sont les sentiments d'humanité substitués à la cruauté avec laquelle on traitait jadis les aliénés, tantôt leur appliquant la torture, tantôt, — et c'étaient les cas les plus favorables, — les mêlant avec les criminels dans les cachots, où, privés des soins médicaux et de tout secours humain, ils étaient à la merci de geôliers cruels et féroces. Ce n'est que quand on a reconnu que l'aliénation mentale est une maladie, que la philanthropie a pu, grâce à ses efforts incessants, revendiquer pour les aliénés les droits qu'ils possèdent dans la société, que l'on est arrivé à voir en eux des hommes à qui la société devait aide et protection, qu'ils sont enfin devenus l'objet de la sollicitude des gouvernements et de nombreuses recherches scientifiques ayant pour but leur guérison. On se sent l'âme heureuse et élevée quand on reporte les yeux des époques

antérieures aux résultats obtenus par les incessants efforts de Pinel. Aujourd'hui il n'est plus possible de discuter l'immense progrès réalisé par ce savant illustre ; et quand nous, médecins, nous faisons dominer notre pratique des grands principes de l'humanité, c'est avant tout pour arriver à notre premier et unique but, la guérison de la maladie, conduite dont il n'est plus besoin aujourd'hui de démontrer l'incomparable supériorité sur celle des temps passés. Ce n'est pas un principe philanthropique abstrait qui nous guide, c'est l'utilité pratique, ce sont les résultats du traitement convenablement dirigé, soit au lit du malade, soit dans la cellule du fou furieux. Aussi ne devons-nous prendre ces principes humanitaires pour règles de notre conduite qu'autant qu'ils concourent à notre but; nous devons nous souvenir que la véritable conduite à tenir ici n'est pas celle qui satisfait aux sentiments individuels du médecin ou du malade, mais bien celle qui guérit, et la psychiatrie ne doit pas se départir de son rôle d'observation scientifique pour dégénérer en une sentimentalité qui conviendrait à peine aux gens du monde.

§ 205. — C'est en s'appuyant sur des résultats constatés d'une façon empirique, qu'on en est venu à préconiser d'une manière absolue les méthodes de traitement moral et physique de la folie. Instinctivement on a toujours associé ces deux modes d'agir sur les malades. En effet, le traitement moral le mieux dirigé n'a jamais pu remplir le même but et les mêmes indications que des médicaments bien appropriés, des bains, etc., tandis que l'observation de chaque jour a dû montrer qu'on ne peut presque pas obtenir de guérison solide sans avoir recours à quelques moyens moraux (ne fût-ce que le travail, la discipline, etc.). On ne peut nier l'utilité pratique de cette méthode, mais les hypothèses imaginées par la théorie rendaient très difficile pour la science d'expliquer le résultat de l'expérience, à savoir, le besoin d'une action simultanée et constante d'un traitement physique et moral. « Les aberrations de l'esprit, demandait-on avec ironie, doivent-elles être corrigées en délayant un sang atrabilaire, et en liquéfiant la séve arrêtée dans la veine porte; combattra-t-on la douleur morale par l'ellébore, et les dérangements de la pensée par des lavements? » Les partisans du traitement somatique faisaient de leur côté valoir l'énorme influence des divers états physiques sur le moral ; ils s'appuyaient sur les observations de malades dans lesquelles la guérison aurait été évidemment produite par le camphre, la digitale, etc. Mais, comme cela arrive le plus souvent en pareil cas, la science, bien que mettant en première ligne l'unité et la conséquence des principes, a dû se contenter des concessions éclectiques faites par chacun des deux partis, et emprunter à l'une et à l'autre des méthodes pour établir le traitement de la folie. C'est ainsi que, suivant les circonstances particulières de chaque cas, le traitement physique et le traite-

ment moral jouent tantôt le rôle principal, tantôt un rôle simplement accessoire. Mais, pour comprendre que ces deux méthodes sont également justifiées, on se souviendra d'abord que tous les actes psychiques normaux ou anormaux sont des phénomènes appartenant au cerveau, et que l'activité cérébrale peut être modifiée aussi bien par une influence directe et immédiate, c'est-à-dire en faisant naître dans l'esprit des idées, des pensées et des émotions, qu'en diminuant la quantité du sang contenu dans l'encéphale, en modifiant la nutrition du cerveau, soit, par exemple, par les narcotiques, soit par les excitants. On peut opposer à la folie, comme à toutes les autres maladies du cerveau, les médications dont l'expérience a démontré l'efficacité, et cela sans qu'il y ait autrement besoin d'en justifier l'emploi ; les bons effets du traitement moral dans les cas même où des troubles organiques palpables ont concouru au développement de la folie, s'expliquent par l'influence que le cerveau exerce sur les autres phénomènes organiques, ce qui nous donne un puissant moyen de modifier indirectement les troubles somatiques divers de la circulation, de la digestion, etc., en provoquant directement divers mouvements psychiques. Il est vrai que quand il y a une désorganisation profonde du cerveau (par exemple, dans la démence paralytique), l'intervention morale est impossible ; mais nous savons que la folie au début ne consiste très souvent que dans des troubles fonctionnels, et que des modifications anatomiques encore légères ne s'opposent pas à l'influence du traitement moral ; en effet, les organes sont encore capables de s'accommoder jusqu'à un certain point avec les fonctions qui leur sont dévolues. Ainsi les bons résultats que l'on a obtenus dans ces derniers temps, dans le traitement de l'idiotie, démontrent que, même dans les cas où le cerveau est défectueux, l'usage de moyens appropriés peut encore amener un certain développement de l'intelligence. — C'est à ce point de vue que l'on peut dire que dans la folie le traitement est véritablement personnel, s'adressant en même temps à la nature physique et morale de l'individu, et quand plus tard nous décrirons en détail le traitement physique et le traitement moral, on verra quels liens intimes existent entre ces deux ordres de moyens.

§ 206. — Si le traitement des maladies mentales (et en particulier le traitement physique) coïncide pour la majeure partie avec les lois fondamentales de la thérapeutique ordinaire et avec les faits démontrés par l'expérience, malgré cela il y a encore certaines indications spéciales qui doivent faire partie de tout traitement médical rationnel. C'est en présence de ces affections surtout que l'on doit considérer l'individu en particulier, et que l'on doit être intimement convaincu que ce que nous avons à traiter, ce n'est pas une maladie, mais bien un malade ; ce n'est pas la manie, mais bien un individu qui est devenu maniaque. Dans chaque

cas en particulier, on devra toujours rechercher avec soin le lien parfois éloigné des diverses circonstances qui ont amené la maladie, et on l'éclaircira par le diagnostic anatomique et l'analyse pathologique des faits; enfin on cherchera à pénétrer autant que possible dans l'individualité morale du malade, ce que l'on ne fait jamais d'une manière aussi approfondie dans la pratique ordinaire. Il découle de là cette règle pratique que, sauf les cas où il y a urgence, on ne doit jamais commencer un traitement actif chez les aliénés sans avoir pris tous les renseignements nécessaires, sans savoir de quelle manière la maladie est survenue; en un mot, sans avoir rempli toutes les indications spéciales que nous avons énumérées en traitant du diagnostic des maladies mentales, et qui constituent, pour ainsi dire, le premier acte de l'intervention médicale dans l'aliénation. Il résulte également de ce que nous venons de dire, que, dans le traitement pratique de la folie, il y a une foule de différences et de nuances qu'il est impossible d'exposer en détail dans un livre où l'on ne peut qu'indiquer les bases fondamentales du traitement. — Dans la thérapeutique des maladies mentales, le fait dominant, c'est la nécessité de lutter le plus tôt possible et vigoureusement contre ces affections chroniques, de les prendre à leur premier début et avant que la maladie soit complétement développée ; ce que nous avons dit du pronostic a suffi, je pense, pour bien mettre ce point en relief. Mais quand la maladie a éclaté, ce dont il faut se garder avant tout, c'est d'attendre avec trop d'impatience les résultats du traitement. Ce que l'on ne doit pas oublier, c'est que, même dans les cas favorables, la marche de ces maladies est généralement lente, et qu'on doit compter par mois, souvent même par années : il faut savoir attendre, et saisir les moments favorables, qui souvent n'arrivent que tardivement. Il faut se garder de vouloir lutter contre chaque symptôme, contre chaque manifestation nouvelle de la maladie et de l'imagination en délire ; en observant toujours attentivement les malades et en les surveillant d'une façon active, on peut, dans beaucoup de cas, attendre une bonne terminaison spontanée d'un traitement tout à fait simple.

Dans la folie, comme dans tant d'autres maladies, un traitement simple, l'expectation et une bonne hygiène, ont, dans un grand nombre de cas (mais non dans tous), de très grands avantages sur l'emploi de médicaments très actifs et souvent changés. Les statistiques nous montrent que dans les différents asiles le chiffre des guérisons est à peu près le même, malgré l'emploi de méthodes de traitement très différentes, ce qui prouve bien que ce n'est pas à l'usage spécial de telle ou telle médication que revient l'honneur de la guérison. Il y a déjà longtemps que l'on a invoqué la proportion identique des guérisons dans les deux sections de l'hospice de Bicêtre, où cependant on employait les méthodes

de traitement les plus opposées, pour en tirer cette conclusion que ce ne sont pas ces méthodes spéciales qui ont guéri les aliénés.

§ 207. — Dans le fait, l'observation démontre qu'un très grand nombre de cas de folie récente guérissent spontanément sans que l'on fasse un traitement à proprement parler, et en se bornant simplement à écarter toutes les influences fâcheuses. Sous ce rapport, la première indication à remplir est d'écarter le plus possible les circonstances qui, par leur action simultanée, ont amené le développement de la maladie, et si l'on trouve dans l'étiologie un certain nombre de causes qu'il n'est pas possible au médecin de faire disparaître, il suffit souvent d'en supprimer une, que ce soit une maladie physique ou une influence morale fâcheuse, pour rompre d'une manière durable l'enchaînement qui a déterminé la folie. On aura donc toujours à rechercher d'abord quels sont les moyens par lesquels on pourra soustraire le malade aux influences qui ont concouru au développement de l'aliénation. — Pour ce qui est des maladies physiques, on les traite par les moyens ordinaires; l'attention doit principalement porter sur tout ce qui peut entretenir la congestion de la tête; il faut combattre toutes les causes qui, soit par la surexcitation directe du cerveau, soit en troublant la nutrition générale et en diminuant les forces physiques, en amenant un épuisement de la constitution, deviennent la cause d'un état d'irritation nerveuse. — Quant aux causes morales, si l'on ne peut les supprimer complétement, on peut tout au moins soustraire momentanément les malades à leur influence, et par conséquent empêcher qu'elles ne continuent d'agir sur eux. Ordinairement, on ne peut arriver à ce résultat qu'en changeant radicalement les conditions extérieures dans lesquelles l'individu a vécu jusque-là ; et cela surtout quand le malade y trouve constamment de nouvelles occasions d'émotions et de chagrins; alors même que le malade n'a pas conscience de l'influence fâcheuse de ces diverses circonstances, il faut à tout prix le soustraire aux impressions qui ont déterminé chez lui l'explosion de la maladie. Cette indication se confond en grande partie avec celle de régulariser soigneusement les conditions de calme et d'activité du cerveau, qui constitue l'une des bases fondamentales de la thérapeutique des aliénés.

Les médecins ont rarement à s'occuper de la prophylaxie des maladies mentales. On pourrait déjà arriver à prévenir dans une certaine mesure le développement de la folie, en empêchant les mariages entre les membres d'une famille manifestement prédisposée. Quant à ce qui est de la prophylaxie individuelle, elle se borne à réglementer d'une façon convenable les travaux intellectuels et le régime chez les individus qui offrent une prédisposition évidente à la folie. Dans la première éducation des enfants, on devra déjà éviter toute fatigue du cerveau, et développer, autant que possible, les forces physiques; on éloignera avec soin tout ce

qui serait capable d'amener un développement précoce de l'intelligence, d'amollir le corps et d'affaiblir le caractère, d'exciter les penchants vénériens; on veillera aux moindres circonstances extérieures, on évitera les émotions et l'on écartera soigneusement les objets qui causent aux enfants des frayeurs constantes. Ce qu'il faut obtenir, comme le fait très bien remarquer Flemming, ce n'est pas que l'enfant soit sage dans le sens abstrait de ce mot; la force de résistance que l'on peut opposer à la passion et à la douleur morale dépend d'une organisation vigoureuse et résistante, par conséquent d'une bonne santé physique; il faut combattre avec soin toutes les affections ayant une certaine tendance à la chronicité. Or, pour arriver à ce résultat, les moyens doivent nécessairement varier beaucoup, suivant chaque cas particulier, alors même qu'il s'agit simplement d'hygiène.

§ 208. — De même que dans tous les autres dérangements de l'organisme, l'un des plus puissants moyens de traitement des maladies mentales consiste à régler d'une façon convenable le repos et l'activité du cerveau. Pour tous les cas aigus et récents, la première indication est le calme absolu du cerveau; on doit supprimer toute cause d'excitation, même habituelle, de cet organe. Le malade cherche instinctivement ce calme, il se soustrait à toute impression morale vive, il évite même toute conversation fatigante, il cherche la solitude. Ainsi, quand un individu entre en voie de devenir mélancolique, il est dangereux pour lui de chercher à lui procurer quelque distraction extérieure, surtout bruyante, qui cause au malade une impression pénible; il est encore plus fâcheux d'interpeller le malade brusquement, de lui faire de violentes remontrances; l'activité de l'esprit, même quand l'individu en a depuis longtemps l'habitude, et qu'elle est devenue pour lui une sorte de besoin, est maintenant une cause d'irritation cérébrale, et ce qu'il faut avant tout, c'est que le malade rompe avec sa manière de vivre habituelle : ce dont il a besoin, c'est la solitude et le repos absolu du cerveau, car tout effort intellectuel lui est pénible et douloureux. Suivant la nature spéciale de chaque cas particulier, et suivant les circonstances, cette indication peut être remplie simplement en mettant le malade dans des conditions convenables de calme et de repos intellectuel, en l'entourant de soins intelligents et affectueux ; d'autres fois, au contraire, on devra l'isoler de la façon la plus absolue, le soustraire à la moindre impression de bruit et de lumière; cette dernière indication se présente surtout dans les états récents d'exaltation, mais quelquefois aussi au début et dans la période la plus aiguë de la mélancolie. (Ce n'est que dans un très petit nombre de cas que les chambres complétement noires peuvent convenir; on sait en effet que l'obscurité appelle avec une facilité étonnante les idées sinistres.) De même qu'à la suite des périodes aiguës de la plupart des maladies, il sur-

vient un moment où l'organe qui a été atteint rentre en activité, mais ne peut retrouver son énergie normale qu'avec le temps et par une direction convenable ; de même dans les maladies mentales, il y a des moments où un repos absolu serait très dangereux, et où il est nécessaire de réveiller l'activité mentale, si l'on ne veut la voir s'affaisser et tomber complétement. Cette indication se présente d'elle-même et tout naturellement dans la convalescence; mais dans un très grand nombre de cas, à la fin de la période d'acuité, quand les accidents commencent à se calmer et que l'agitation a cessé, il faut réveiller l'activité mentale, quelquefois même la solliciter d'une façon énergique. Souvent le malade continue par habitude à résister à l'excitation normale de l'intelligence ; il ne veut pas s'abandonner à ses propres forces, tandis qu'il pourrait, par un peu d'exercice, recouvrer l'énergie et la rectitude de ses moyens ; il y a même des malades qui ne guérissent pas, parce que, dans cette période de temps souvent courte et dont on doit toujours profiter, on a négligé de les pousser activement dans la voie du progrès et de la guérison où ils étaient entrés. En effet, si l'on peut, chez quelques-uns de ces malades, remplir l'indication que nous venons d'exposer, en provoquant simplement chez eux des impressions agréables des sens, en leur permettant quelques visites, et les laissant rentrer dans le monde, s'occuper un peu, etc., il en est d'autres chez qui on est obligé d'employer la violence pour les tirer de leur torpeur, et de recourir au traitement moral dans toute son acception.

On voit que les bases générales du traitement de la folie concordent complétement avec les moyens dont l'expérience a démontré l'utilité dans les autres maladies nerveuses. Ainsi, nous ferons remarquer que, dans tous les états d'irritation aiguë d'une région du système nerveux, les malades doivent observer soigneusement le repos qu'ils ont instinctivement cherché. Il est, au contraire, une foule d'affections nerveuses chroniques, par exemple, des états d'affaiblissement musculaire, où nous ne respectons nullement le sentiment de faiblesse qu'éprouvent les malades; nous savons, en effet, que ce n'est qu'en passant par-dessus cette sensation, et en forçant le malade à agir, que l'on arrive peu à peu à rétablir l'innervation dans toute son intégrité. Brodie a plusieurs fois appelé l'attention des médecins sur ce fait, dans le traitement des états de névralgie et de subparalysie des extrémités.

§ 209. — L'expérience a, depuis longtemps, démontré que l'on ne peut remplir les indications que nous venons d'énumérer qu'en changeant radicalement le milieu dans lequel vit le malade, en l'éloignant complétement de son entourage habituel, et en provoquant chez lui des impressions toutes nouvelles.

Il est rare qu'un simple déplacement suffise; les grands voyages, qui

sont souvent utiles dans les états d'hypochondrie modérée, mais qui ne sont pas à la portée de tout le monde, ne conviennent plus, alors que la folie a éclaté. Ils augmentent ordinairement l'excitation ; nous connaissons plusieurs cas où, dans ces voyages dits d'agrément, l'explosion de la manie a été la source d'embarras et de dangers réels, et c'est avec raison que l'on disait jadis que l'homme a beau se déplacer et voyager, il n'échappe pas pour cela aux motifs intérieurs de son inquiétude et de ses tourments.

Aujourd'hui, la première chose à faire dans la plupart des cas, c'est de placer le malade dans les conditions appropriées spécialement à son état, c'est-à-dire dans un établissement d'aliénés. Avant tout, il y trouve une protection. En effet, dans les conditions ordinaires de la vie, il n'est jamais à l'abri de l'importunité, bien intentionnée sans doute, mais maladroite, de son entourage ; nulle part, il ne trouve ces ménagements que l'on a pour lui quand on comprend bien son état ; les parents du malade contrarient toujours sa mauvaise humeur sans cesse croissante, en lui adressant toute sorte de paroles, cherchant soit à le consoler, soit à le raisonner, comme s'il était libre de se soustraire à la disposition dans laquelle se trouve son esprit ; on n'apprécie pas le dérangement de ses facultés, et on le tourmente en voulant redresser son jugement. Aucune des personnes qui l'entourent ne le comprend ; on ne sait pas être complaisant ou le contraindre à propos, ce qui le rend de plus en plus méchant ; il en résulte des scènes et des luttes déplorables qui irritent beaucoup le malade et dont le souvenir qu'il en conserve l'empêche plus tard, pendant sa convalescence, de revenir avec confiance au milieu des personnes qui l'entourent. Naturellement, c'est surtout dans les cas où la folie a pris sa source dans les rapports de famille, que la première indication sera d'isoler le malade ; mais, alors même que la folie a une autre origine, on se trouvera bien de prescrire l'isolement, parce que le malade, ne recevant pas des personnes qui l'entourent le traitement qui lui conviendrait, les prend bientôt en haine et s'irrite de leur présence. L'isolement a encore l'avantage d'interrompre brusquement et de changer complétement la direction des idées du malade ; de nouvelles impressions, de nouvelles pensées arrivent, et luttent favorablement contre la disposition d'esprit qui le domine de plus en plus. On peut juger des bons effets que peut avoir l'isolement d'un aliéné dans un asile, quand on voit que souvent la seule impression que lui produit son transport dans l'établissement suffit pour rompre en quelque sorte la maladie ; que chez certains aliénés, jusque-là très difficiles à traiter, un calme complet survient dès le moment de leur admission, quelquefois même la convalescence se produit tout de suite, et que chez le plus grand nombre les premières heures de leur séjour dans l'asile sont déjà suivies d'une rémission marquée. Ce

n'est que dans les établissements spéciaux que l'aliéné trouve tout à la fois ce que réclame sa maladie : un médecin versé dans le traitement de ces affections, des gardiens exercés, tout un entourage qui sait le traiter d'une façon convenable ; un refuge où ses actes et ses penchants morbides sont à l'abri des regards importuns, où l'on veille constamment sur lui, tout en lui accordant une liberté plus grande qu'on ne pourrait le faire ailleurs. Là il peut se laisser aller à ses lamentations et à ses accès de fureur, mais le plus souvent son agitation extérieure et la bruyante manifestation de ses impulsions morbides se trouvent déjà considérablement limitées par l'exemple des autres malades, par l'esprit de paix et de calme qui domine dans la maison ; il se trouve ainsi naturellement rappelé au calme, et quand il résiste, on obtient généralement bien moins de la force et de la contrainte que du sentiment intime qu'il est soumis à la force imposante du tout dont il fait partie. Dans l'asile, on a pour lui des ménagements, des attentions, des paroles de raison et de bienveillance; il sent qu'on le traite réellement comme un malade ; mais il comprend aussi que l'insubordination ne lui réussirait pas, il apprend bientôt à se soumettre aux recommandations du médecin, et il voit que la manière dont on le traite, et la liberté qu'on lui accorde, dépendent de la façon dont il accueille ce que l'on fait pour lui et de la conduite qu'il tient. Il arrive ainsi à se dominer lui-même, à s'arracher à ses pensées malades, tandis que, de son côté, le médecin combat les dérangements organiques qu'il peut avoir, en prescrivant un régime approprié à son état, des bains, l'exercice en plein air, divers médicaments, etc. Le malade a alors conscience qu'on le guide d'une façon intelligente, douce et convenable, il reprend confiance et espoir ; l'exemple des individus en convalescence ou guéris lui promet sa propre guérison, et, lorsqu'il en vient à manifester avec calme le désir de retourner chez lui, il s'en remet entièrement au médecin du soin de fixer le moment de son départ.

§ 210. — La plupart des individus guéris bénissent leur admission dans les asiles, et les avantages de cet isolement, qu'Esquirol avait le premier mis en relief, sont constatés aujourd'hui d'une manière tellement flagrante par l'expérience de chaque jour, que la plupart des médecins et un grand nombre de gens du monde les reconnaissent parfaitement. Toutefois cet internement des aliénés dans les établissements spéciaux demande à être toujours sérieusement pesé, car si l'on ne saurait y procéder trop tôt dans les cas où il y a indication de le faire, il n'en est pas moins vrai qu'il peut avoir plus tard des conséquences graves pour la vie civile du malade. La première et la plus pressante de toutes les indications, c'est lorsque le malade peut être dangereux pour lui-même ou pour les autres, ou qu'il peut occasionner des désordres graves, comme l'explosion de la manie ou des signes imminents de son

explosion ; de même la tendance au suicide que l'on ne peut presque jamais réprimer d'une manière sûre dans la vie ordinaire, ou enfin un refus opiniâtre de nourriture. Il faut encore placer dans les asiles tous les monomaniaques, les fous systématiques dangereux, et beaucoup de déments agités ; il en est de même de la démence calme, qui souvent cache autre chose, et qui, du reste, est bien mieux traitée là que partout ailleurs ; au contraire les sujets atteints de démence secondaire, apathique et paralytique, sont mieux chez eux, quand on peut les soigner convenablement. Pour la mélancolie, il est quelquefois difficile de bien poser l'indication. Les résultats que j'ai observés du placement des hypochondriaques dans les asiles m'engagent plutôt à plaider contre cette mesure qu'en sa faveur ; ce n'est que dans les cas où le malade est tout à fait dans l'impossibilité de se maîtriser, que l'on devra y recourir. De même la mélancolie simple n'indique pas dès les premières semaines l'entrée du malade dans un asile. Tant qu'elle reste à un degré modéré, alternant avec des mouvements d'amélioration, il suffit de déplacer le malade de son milieu habituel, de l'emmener à la campagne, en supposant qu'il est entouré de personnes intelligentes et exécutant bien toutes les prescriptions du médecin ; au contraire, quand la mélancolie date déjà de quelques mois et ne s'est pas modifiée, quand elle va en augmentant, que les idées délirantes se développent et dominent le malade, que le malade est tourmenté par des hallucinations, que la mélancolie tourne à la stupeur, ou que le malade manifeste des impulsions négatives, il ne faut pas attendre plus longtemps pour le placer dans un asile. — Cependant cette indication dépend souvent moins de la forme et du genre de la maladie, que du caractère du sujet et des conditions extérieures dans lesquelles il se trouve ; il est toujours d'autant plus nécessaire d'y recourir, que le malade ne trouve pas dans sa famille tous les soins que son état réclame, et qu'il oppose une plus grande résistance aux personnes qui l'entourent.

Dire que la raison du malade souffre davantage du contact des autres aliénés, c'est faire preuve d'une ignorance absolue des faits. Dans tout asile bien administré, on classe les malades en diverses catégories, de sorte que le nouvel arrivant se trouve au milieu d'individus qui sont au même degré que lui, et n'est pas en contact avec les sujets atteints d'une folie profonde, et qui pourraient exercer sur son état une influence fâcheuse. Les malades qui se trouvent ainsi placés ensemble, vivent entre eux en bonne intelligence, c'est-à-dire que chacun est occupé de soi et ne songe pas à molester les autres ; quelques-uns remarquent la folie des autres, et, comme ils voient que leur traitement est le même que celui qu'on leur fait, ils en viennent alors à reconnaître aussi leur état. Mais ce qui a une influence positivement favorable sur les nouveaux malades,

c'est que l'exemple de leur entourage leur fait comprendre l'ordre qui règne dans l'établissement ; c'est que, en voyant les autres, ils apprennent à se soumettre, et qu'enfin les guérisons et les sorties dont ils sont témoins leur offrent des motifs de calme et d'espérance.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT PHYSIQUE.

§ 211. — On évitera les graves illusions thérapeutiques, en se rappelant que beaucoup d'aliénés guérissent spontanément, pourvu seulement que le traitement ne leur soit pas nuisible. Peut-on songer à des spécifiques de la folie en général, et en particulier de la manie ou de la mélancolie, quand on sait combien les affections qui donnent naissance aux symptômes de la folie peuvent être essentiellement différentes sous le rapport de l'état anatomique du cerveau et de la pathogénie. Le traitement physique s'adresse aux états pathologiques encore existants qui ont amené le développement de la maladie cérébrale, et principalement à ceux qui portent sur les organes de la circulation et de la respiration, sur l'état du sang, sur les sécrétions, sur la muqueuse intestinale et les organes génitaux. Mais le traitement de ces diverses affections ne présente rien de particulier. On évitera avec soin d'admettre leur existence quand elle n'est pas suffisamment démontrée, car, en se basant sur de simples hypothèses théoriques, on s'exposerait à ne combattre que ces hypothèses, tandis qu'il n'existe pas de maladies. On devra songer d'un autre côté que souvent il est très difficile de découvrir des lésions physiques chez les aliénés, parce qu'ils donnent peu de renseignements sur les sensations qu'ils éprouvent, et que, en raison de la maladie cérébrale, divers symptômes subjectifs, que l'on observe généralement dans ces affections (par exemple dans la phthisie ou la pneumonie), manquent complétement chez eux. Naturellement, on doit alors redoubler de soin pour établir le diagnostic objectif. Dans les cas où l'on ne trouve aucune indication rationnelle au point de vue pathogénique, l'état morbide du cerveau, en présence duquel on se trouve, doit seul faire l'objet du traitement physique, et suivant qu'il croit pouvoir admettre comme probable ou comme certaine l'existence d'une irritation, d'une hypérémie ou d'une inflammation du cerveau, le médecin s'adressera directement à ces divers états absolument comme si l'individu n'était pas aliéné.

Pour ce qui est des médicaments, il n'est pas rare de voir commettre une erreur qui peut être très préjudiciable au malade, à savoir, que chez les aliénés on doit employer des doses toujours beaucoup plus considéra-

bles que dans les autres affections. Dans une foule de cas, on n'observe rien de semblable, et dans d'autres la tolérance n'est qu'apparente, c'est-à-dire que le malade dissimule certaines sensations désagréables (par exemple les nausées), ou que, dans son délire, il n'y fait pas attention, ou qu'enfin il les supporte sans se plaindre; et, d'un autre côté, on a souvent lieu de voir les résultats de l'action des médicaments sur les organes, par exemple, l'érosion de la muqueuse stomacale par de hautes doses d'émétique; dans un petit nombre de cas seulement, on emploie des doses extraordinairement élevées de certains médicaments, comme des purgatifs ou des narcotiques. Comme sous ce rapport il y a de grandes différences individuelles, et que l'on ne peut pas prévoir à l'avance comment le médicament sera supporté, on devra toujours commencer par des doses modérées, pour arriver quelquefois rapidement à des quantités considérables.

D'une manière générale, on peut dire que le traitement physique est beaucoup plus nécessaire dans les cas de folie récente que dans les états d'aliénation déjà ancienne. Dans ces derniers cas, où la santé générale est si souvent dans un état parfait, il n'y a aucune indication spéciale de prescrire des médicaments, et leur emploi empirique, fait à titre d'essai, n'est d'aucune utilité. Cependant il est des cas où, même sans indication rationnelle, il est avantageux de donner des médicaments au malade, mais seulement des substances indifférentes, pour lui montrer qu'on le traite réellement, pour soutenir ses espérances et lui prouver que le médecin s'occupe constamment de lui. Dans ces cas, les médicaments agissent comme des moyens moraux, comme par exemple chez les malades très méfiants qui prennent l'asile pour une prison d'État, pour un repaire de criminels, chez les hypochondriaques, etc.—En exposant les divers moyens qui constituent le traitement physique de la folie, nous n'entrerons pas dans de grands détails sur chacun en particulier; nous insisterons seulement sur ceux qui nous paraissent avoir une action directe et une utilité bien marquée en présence de l'affection cérébrale, ou qui peuvent être indiqués d'une façon spéciale par la nature même des symptômes.

§ 212. — L'usage des émissions sanguines, auquel on avait été conduit, tant par les hypothèses théoriques d'une inflammation du cerveau que par les résultats anatomo-pathologiques et les symptômes souvent si violents, a été considérablement restreint dans ces dernières années, et aujourd'hui tout le monde est d'accord sur ce point que l'indication de la saignée ne doit pas être tirée de l'existence du délire ou d'une forme quelconque de délire, alors même qu'il serait très actif, très excité, furieux. Les états de diminution générale de la nutrition, les états d'anémie, qui succèdent non-seulement aux pertes de sang et à une foule de causes d'épuisement physique, mais aussi à la douleur morale prolongée,

se retrouvent fréquemment parmi les causes de la folie, surtout de la manie. Ces cas, auprès desquels viennent se ranger ceux où la folie est le résultat de l'ivrognerie, contre-indiquent naturellement la saignée d'une manière absolue. En effet, elle est généralement suivie, dans ces cas, d'une aggravation notable de tous les symptômes : ainsi la saignée pratiquée chez un individu jusque-là mélancolique, est souvent la cause de l'explosion de la manie. Elle est plus justifiée, mais cependant elle est le plus souvent superflue dans les états de surexcitation extrême qui accompagnent la méningite aiguë et dans les cas de pléthore générale bien tranchée ; elle n'a réellement des avantages sérieux et rapides que dans les congestions brusques et violentes, comme on en voit parfois survenir subitement à la suite d'émotions fortes, avec palpitations de cœur et les symptômes de réplétion considérable de la petite circulation.

L'emploi de la saignée a été jadis l'objet de nombreuses discussions; aujourd'hui on est généralement convaincu que, dans le plus grand nombre des cas, non-seulement elle est inutile, mais encore dangereuse, que très rarement elle a une utilité réelle, et l'on ne saurait trop recommander aux praticiens qui sont appelés à donner les premiers soins aux aliénés, qu'ils doivent toujours être très économes du sang de leurs malades. — Jadis à Bedlam on faisait pendant l'été plusieurs saignées à tous les malades, et l'usage de ce moyen faisait partie de ce que l'on appelait en France, au siècle dernier, le traitement de l'Hôtel-Dieu. Willis, Chiarugi, mais surtout Pinel, se sont élevés contre l'usage abusif des saignées; leur exemple a été suivi par Hill, Esquirol, Burrows, et la plupart des médecins allemands. Rush, au contraire, était grand partisan de la saignée ; Haslam, M. Foville et d'autres y ont eu recours d'une manière modérée. Il est à remarquer que sur 200 malades à qui Haslam fit ouvrir la veine à Bedlam, 6 fois seulement le sang se couvrit d'une couenne (Rush, *Recherches sur les maladies mentales*, p. 170). Certains praticiens ont posé quelques indications de la saignée chez les aliénés; on doit la pratiquer, suivant eux, chez les sujets jeunes, dans les débuts de la maladie, quand les artères de la tête battent fortement, ce qui peut être une erreur, car ces battements s'observent même dans le délire résultant de l'anémie (M. Hall) ; il en est de même pour les congestions peu intenses de la tête, que l'on trouve souvent chez les individus dont la nutrition a beaucoup souffert.

Les émissions sanguines locales obtenues à l'aide des ventouses scarifiées et des sangsues sont d'un usage bien plus étendu que la saignée. Dans la méningite aiguë elle-même, elles débarrassent le cerveau d'une façon beaucoup plus sûre et plus immédiate; dans les cas de congestion intense de la tête, on les voit quelquefois exercer sur la folie une action favorable et très rapide; quand on n'arrive pas tout de suite à ce résultat, on

peut y revenir de temps en temps, et il est fréquent alors de voir des applications de sangsues répétées à des intervalles réguliers amener à la fin un résultat favorable. Il est évident que l'on ne fait cesser par l'emploi de ce moyen que de simples hypérémies ; quant aux méningites et aux encéphalites chroniques, les émissions sanguines n'ont pas plus de prise sur elles que sur les autres inflammations chroniques, ce dont on ne saurait s'étonner si l'on songe aux lésions organiques qu'elles entraînent. On peut appliquer les ventouses scarifiées sur la tête préalablement rasée ou à la nuque, les sangsues derrière les oreilles ou dans les narines. Chez les femmes, il peut être nécessaire de placer des sangsues aux organes génitaux ; les applications de sangsues à l'anus dans le traitement de la congestion de la tête constituent un moyen incertain, parfois même nuisible (1).

§ 213. — Dans le traitement de l'hypérémie cérébrale, le froid trouve de nombreuses applications, et présente des avantages réels ; mais on ne l'emploiera pas sous forme de ces douches froides, violentes, à l'aide desquelles les praticiens cherchent si souvent à calmer les individus atteints de manie récente, et qui n'ont ordinairement pour effet que d'augmenter l'agitation et souvent même la congestion. Zeller, et dans ces derniers temps Jakobi, se sont élevés contre cette manière de faire; nous avons vu nous-mêmes des cas où chaque douche était suivie d'une aggravation visible des symptômes. Ce n'est que dans les cas de mélancolie avec stupeur que l'on peut quelquefois en retirer de bons résultats. Quant à cette douche forte, elle ne doit être qu'un moyen de punition, adjuvant du traitement moral, et encore, dans ce but, ne doit-on y recourir que pendant peu de temps, sauf à y revenir dans la journée, s'il est nécessaire.

Parmi les auteurs modernes employant encore la douche, nous citerons surtout Ideler. D'ailleurs, il avait plutôt recours à la douche sur le dos qu'à la douche sur la tête ; il la trouvait spécialement utile dans

(1) Esquirol, comme le recommande ici M. Griesinger, prescrivait souvent les émissions sanguines locales, et, en particulier, les ventouses scarifiées à la nuque, chez les sujets qui offraient quelques signes de congestion vers la tête ; très-souvent aussi, dans le but de rappeler des hémorrhoïdes supprimées, il avait recours aux applications de sangsues à l'anus ; dans les cas même où il n'a jamais existé d'hémorrhoïdes, ces applications de sangsues à l'anus, précédées de l'usage de petites doses d'aloès, pendant quatre ou cinq jours, sont très-souvent prescrites pour prévenir les accidents congestifs chez les sujets menacés ou déjà atteints de paralysie générale. Si M. Griesinger signale ici ce moyen comme incertain, ce ne peut être, assurément, que dans les cas de congestion cérébrale grave. Les sangsues directement appliquées derrière les oreilles sont alors mieux indiquées.

(B.)

la folie idiopathique (qui, suivant lui, est l'effet immédiat des passions)! dans les périodes de rémission de la manie, dans les états de paresse et d'obtusion, dans certains cas de mélancolie et de monomanie, et aussi chez les individus qui ont fait des excès alcooliques ou vénériens.

L'application de la glace ou des compresses froides est encore utile dans une foule d'états d'exaltation où la tête est chaude et les artères cervicales battent fortement, etc. ; l'emploi de ces applications froides sur la tête convient surtout pendant les grands bains tièdes, soit sous forme de compresses, soit sous forme de pluie douce tombant lentement et d'une faible hauteur. Le grand calme qui succède à ces bains et le soulagement notable qu'en éprouvent les malades eux-mêmes, peuvent fournir l'indication d'y revenir plusieurs fois par jour, de manière que l'on peut calmer l'agitation chaque fois qu'elle se présente. L'insolation, les blessures de la tête, l'apoplexie menaçante, avec signes de congestion, réclament surtout l'application du froid sur la tête.

Au contraire, on emploie maintenant beaucoup les grands bains, et l'on en retire de très grands avantages dans les affections du cerveau qui donnent naissance aux maladies mentales. Les bains froids sont rarement indiqués, surtout chez les jeunes femmes hystériques; les bains de rivière sont préférables ; c'est surtout aux bains tièdes que l'on a recours aujourd'hui, et l'on doit reconnaître qu'ils sont utiles aussi bien dans les cas anciens que dans les cas récents. Outre qu'ils rafraîchissent le malade et l'entretiennent dans un état de propreté, ils régularisent les fonctions des nerfs de la peau, ralentissent la respiration et les battements du cœur, et procurent ainsi un grand calme aux malades. Généralement on ne les donne que d'une demi-heure à une heure; mais pour une foule de cas de folie récente avec grande surexcitation, ce temps ne suffit pas, il faut, ainsi que l'a recommandé M. Brierre de Boismont, laisser le malade plusieurs heures dans le bain, en ayant soin, bien entendu, d'en maintenir la température à un degré convenable. Au contraire, dans les maladies chroniques, chez les personnes âgées, affaiblies, cachectiques, dans les cas où le pouls est faible, chez les épileptiques, dans la paralysie commençante, ces bains prolongés ne conviennent plus. — Souvent le bain rappelle le sommeil qui avait fui depuis longtemps, souvent aussi il semble empêcher l'hypérémie cérébrale de se fixer, et lorsque les malades se laissent baigner volontiers, on peut dire qu'il y a peu de contre-indications à l'emploi de ce moyen ; il n'y a guère que dans la phthisie, dans les cas d'anémie profonde, et de paralysie générale commençante ou déjà développée, que l'on devra s'en abstenir. Suivant les circonstances, on se trouvera bien d'ajouter aux bains du soufre, du fer, des

plantes aromatiques, etc. Dans certains cas, enfin, les bains de pieds aident à débarrasser la tête (1).

J'ai déjà dit, dans la première édition de cet ouvrage, ce que je pensais du traitement hydrothérapique (dans les asiles.) Depuis cette époque, une foule de faits sont venus démontrer les graves inconvénients qu'il peut entraîner chez les aliénés, et la plupart des médecins d'asile sont à même de confirmer ce que je viens de dire : Flemming, Erlenmayer,

(1) Les bains tièdes constituent le principal moyen de traitement de la manie, et ce moyen n'est pas seulement indiqué lorsque le délire est récent et accompagné d'une très-grande excitation ; à part les cas signalés par M. Griesinger, on peut prescrire les bains tièdes à toutes les périodes de la maladie. Pour être efficaces, ces bains doivent d'ailleurs être prolongés au moins plusieurs heures chaque jour ; chez les malades d'une bonne constitution et qui se nourrissent bien, la durée peut être portée jusqu'à huit, dix et même douze heures. Le docteur Turck a publié des observations qui n'ont peut-être pas suffisamment fixé jusqu'ici l'attention des praticiens, et qui sembleraient prouver qu'on peut non-seulement, sans danger, mais avec de très-grands avantages, donner des bains tièdes beaucoup plus prolongés encore. Ce médecin n'a pas craint de laisser les malades au bain pendant plusieurs jours de suite (*). Je n'ai jamais prescrit des bains aussi longs, mais tout récemment encore j'ai constaté combien il peut être utile de persister longtemps dans l'emploi de ce moyen. Une dame atteinte de manie depuis cinq mois a pris des bains de dix heures pendant six semaines, alors seulement il se manifesta des signes évidents de faiblesse ; les bains furent suspendus, et le délire qui avait graduellement diminué pendant les six semaines de traitement, disparut tout à fait trois semaines après. Il est très-important que le bain soit maintenu à la même température, qui peut varier de 28 à 32 degrés centigrades. Pour diminuer la fatigue des malades, on peut disposer dans la baignoire un petit siége recouvert d'un coussin rempli de varech. Un autre coussin suspendu à la paroi de la baignoire permettra de s'appuyer commodément. Les maniaques s'habituent vite à ces bains prolongés et les supportent très bien, si l'appétit est conservé et si l'alimentation est suffisante. Il n'y a aucun danger à redouter de ce traitement quand la manie est tout à fait établie, après le premier mois par exemple. Il y aurait plutôt à craindre tout à fait au début, lorsque l'insomnie est complète, qu'il y a refus d'aliments, et qu'on peut redouter la transformation de la manie en un délire aigu, rapidement mortel.

(On peut consulter, pour l'emploi des bains prolongés, les mémoires publiés par MM. Brierre de Boismont et Pinel.)

Les bains sulfureux et les bains alcalins rendent de très-grands services dans le traitement de la mélancolie, mais il n'est pas nécessaire de les faire prendre chaque jour, trois bains par semaine suffisent. Assez souvent même on est obligé de les suspendre momentanément, ou même de les remplacer, pendant quelques jours, par les bains simples, à cause de l'excitation qu'ils produisent. (B.)

(*) *Mémoires sur la nature de la folie*, par Léopold Turck. Paris, 1845.

Damerow, Sponholz, etc., se sont spécialement élevés contre cette méthode thérapeutique, qui paraît surtout favoriser le développement de la paralysie générale. — Mais on comprend facilement que, dans certains cas, l'usage passager du drap mouillé, des bains de siége froids, et surtout de lotions froides suivies de frictions sèches, peut trouver son indication et rendre de véritables services chez les aliénés (1).

Guislain a donné des indications peu précises relativement aux bains froids (de 14° à 17° R. et de 5 à 25 minutes) (*Leçons orales*, t. III, p. 115); mais il les a trouvés plus avantageux dans les cas datant déjà de plus de six mois que pour les cas tout à fait récents..

§ 214. — Souvent on emploie l'irritation cutanée et les moyens dérivatifs d'une façon intempestive. Les vésicatoires sont sans avantages dans les cas ordinaires; appliqués directement sur la tête, ils augmentent souvent l'irritation; au contraire, dans la mélancolie avec stupeur, ils paraissent avoir souvent de bons effets : c'est au cou qu'on les applique. — La pommade émétisée, dont quelques médecins on fait un usage abusif, allant parfois jusqu'à la nécrose des os du crâne, trouve quelquefois son emploi surtout dans certaines formes de mélancolie, ou encore à l'époque où les formes primitives finissent par dégénérer en un état d'affaiblissement (Jakobi.) On l'applique sur le crâne, sur la nuque ou plus loin encore; on ne doit pas en prolonger l'usage quand on est arrivé à produire une suppuration modérée. Elle paraît avoir surtout une action sur le moral des malades, la douleur vive et persistante qu'elle détermine, et dont le sujet a toujours conscience, venant interrompre le cours de ses idées morbides et l'empêchant ainsi de s'y arrêter trop longtemps. — Le séton ne paraît guère convenir que dans certains cas de folie consécutive à une blessure de la tête; quant aux moxas et à la cautérisation ignée, il n'y a pas d'indication fixe pour y avoir recours, et

(1) Les inconvénients que le traitement hydrothérapique peut avoir chez certains aliénés sont très-réels. Il est certain que chez les sujets menacés de paralysie générale, il hâte quelquefois le développement de la maladie; il faut d'ailleurs, pour que ce traitement soit bien appliqué, un ensemble de soins qu'on obtient très rarement. J'ai vu des malades chez lesquels les premiers symptômes de paralysie sont survenus pendant le cours d'un traitement hydrothérapique qui n'avait pas été accompagné de toutes les précautions convenables. Il ne faut pas oublier que les aliénés sont, par le fait de leur maladie, dans des conditions spéciales, qui forcent quelquefois de s'abstenir de moyens qui, dans d'autres conditions, pourraient être utiles ; l'emploi de l'eau froide ne paraît d'ailleurs que rarement indiqué chez les malades agités, violents, et qui offrent quelques signes de congestion.

Au contraire, le traitement hydrothérapique rend de grands services dans la mélancolie, et surtout dans la mélancolie avec stupeur, et chez certains monomaniaques. (B.)

on les a complétement abandonnés aujourd'hui. — Toutes ces irritations profondes ne conviennent nullement dans les cas d'exaltation très aiguë, non plus que chez les malades privés de sensibilité, qui exposent souvent les surfaces ainsi irritées à des frottements violents ou à l'action du froid; il peut en résulter des inflammations érysipélateuses graves, quelquefois même la gangrène, danger que les avantages problématiques de ce moyen sont loin de contre-balancer.

La pommade émétisée était à peu près abandonnée quand le récit de quelques résultats heureux obtenus par Jakobi la remit pour un certain temps en honneur. Cet auteur faisait raser un point du sommet de la tête sur lequel on mettait de la pommade avec un pinceau, jusqu'à ce que l'inflammation et le gonflement se fussent étendus à toute la tête, et que la peau, sur le lieu d'application, fût sphacélée et se détachât sous les cataplasmes; pendant ce temps-là, le malade ne mangeait que de la soupe à l'eau, du lait et du pain blanc. Quelques cas de folie chronique, au moment de passer à la démence ou à la folie systématisée, s'améliorèrent sous l'influence de ce traitement. Guislain et d'autres auteurs en auraient également obtenu quelques bons effets dans les mêmes cas que Jakobi, ainsi que dans la mélancolie avec stupeur. Ce moyen, qui ne peut plus être employé aujourd'hui que dans des cas désespérés, serait dangereux dans la manie, surtout dans les cas récents avec grande surexcitation, et chez les sujets sensibles, irritables, déjà épuisés par la souffrance physique et morale.

§ 215.— A priori on pouvait attendre beaucoup des narcotiques, dont on connaît bien l'action directe sur les fonctions cérébrales. Toutefois on n'abusera pas de ces moyens, si l'on songe que le plus souvent la folie, préparée depuis longtemps, est le résultat de plusieurs causes qui agissent simultanément, et se développe d'une manière lente et progressive ; que souvent elle est liée à des altérations anatomiques, tandis que la plupart des narcotiques, et en particulier les plus énergiques, ne se prêtent guère qu'à un usage passager. L'observation démontre aussi que ces moyens ne peuvent servir que dans un cercle assez limité de cas, dans lesquels ils ont d'ailleurs une utilité réelle ; en dehors de cela, ils rendent encore des services en diminuant ou en supprimant certains symptômes.

Parmi les médicaments narcotiques, l'opium tient le premier rang ; c'est là d'ailleurs la place que lui assignaient ses propriétés depuis longtemps connues. Toutefois, pour en obtenir de bons effets, il ne faut pas l'employer à petites doses, car on ne produit alors rien de bon ni de durable ; on le donne au contraire à doses élevées et que l'on continue longtemps — méthode que l'on doit d'ailleurs regarder comme un progrès de la psychiatrie moderne. On commence généralement par donner

1 grain deux fois par jour, et l'on monte peu à peu jusqu'à 3 à 6 grains deux fois par jour, et l'on continue cette dose pendant plusieurs semaines. Non-seulement on n'observe pas de phénomènes d'intoxication, ni de troubles de la nutrition, mais les selles sont régulières et même quelquefois diarrhéiques ; non-seulement le sommeil est bon, mais dans les cas où le traitement est bien approprié, les symptômes d'irritation cérébrale s'améliorent ; le malade devient de plus en plus calme, les hallucinations se modèrent, le sentiment d'anxiété diminue, ainsi que les idées délirantes qu'il provoque ; quelquefois même on obtient promptement une guérison complète. De nombreuses observations ont montré que ces résultats heureux se présentent surtout dans les cas de folie récente, chez les sujets jeunes et principalement du sexe féminin, dans les états de tristesse dus à l'action simultanée d'une disposition anémique, hypochondriaque et hystérique et de causes morales, allant souvent jusqu'à une grande agitation (mélancolie) ; on les observe également dans un grand nombre de folies puerpérales, et souvent aussi dans le delirium tremens. Cette méthode paraît ne pas réussir autant dans les états de mélancolie avec stupeur, et surtout dans ceux où le malade est dans un état de passiveté profonde, dans la manie proprement dite, dans la monomanie avec agitation gaie ; d'où il résulte que cette méthode trouve aussi souvent son application dans la pratique privée que dans les asiles.

Voy. H. Engelken, *Prot. der Naturforscher-Versam.* in Bremen, 1844 ; F. Engelken, *Zeitschr. für Psych.*, VIII, 1851 ; Schubert, *Med. Vereinszeit.*, 1857, n° 24 ; L. Meyer, *Zeitschr. für Psych.*, 1860 ; Erlenmeyer, *Arch. d. d. Ges. für Psych.*, III, 1860. En outre, un grand nombre d'aliénistes, Guislain (*Leçons orales*, t. III, p. 28), Michéa, Zeller et d'autres, se sont exprimés d'une manière favorable sur la méthode des doses élevées. La morphine paraît être moins utile que l'opium ; seul, M. Guislain lui attribue des effets plus avantageux.

On a également employé la digitale dans les états d'excitation, surtout dans la manie. Si l'usage de ce médicament est indiqué par des troubles de la circulation, par un choc violent du cœur, par une grande fréquence du pouls et par des lésions organiques du cœur — et cela se présente aussi bien chez les mélancoliques que chez les maniaques — l'emploi empirique de la digitale est souvent justifié par le succès, même dans les cas où il n'existe aucun dérangement appréciable dans les fonctions du cœur. La digitale offre cet avantage qu'on peut longtemps en continuer l'usage, et dans quelques cas on se trouve bien de l'associer à d'autres diurétiques ; on commence par des doses modérées. Quelquefois, dans les premiers temps de son administration, on observe une certaine accélération du pouls qui n'est que de courte durée ; le pouls se ralentit bientôt,

et souvent on se trouve bien de le maintenir pendant un certain temps au-dessous de son degré de fréquence normale en administrant des doses que l'on fait varier jusqu'à ce que l'on ait obtenu le résultat désiré; les doses élevées amènent souvent des vomissements; on ne doit y arriver que graduellement et en surveillant soigneusement les résultats obtenus. L'excitation des organes génitaux exclut l'usage de la digitale; celle-ci paraît l'exagérer, comme le font les autres diurétiques; quelquefois même elle semble la provoquer.

Les anesthésiques (éther, chloroforme) semblaient promettre beaucoup, à l'époque de leur découverte, et le fait est que l'on obtint quelques guérisons rapides dans des cas récents de mélancolie agitée. Mais de nombreuses observations ont démontré que le plus souvent les inhalations de chloroforme ne procurent qu'une suspension passagère de la mélancolie et de la manie, ou un intervalle lucide de courte durée, mais que bientôt la folie reparaît, et qu'après chaque inhalation, la rémission devient de plus en plus courte et finit même par ne plus être obtenue. Il y a des cas, il est vrai, où il est très utile d'obtenir un peu de calme, ne fût-il même que momentané, par exemple, dans la folie puerpérale très intense, et, dans ces cas, on peut essayer l'emploi des anesthésiques (l'éther en lavement calme assez bien les états d'agitation nerveuse). Toutefois on n'arrive pas toujours par ce moyen à calmer les malades, quelquefois même il semble augmenter l'agitation, et, dans tous les cas, on doit en surveiller très soigneusement l'administration.

L'acide prussique (eau distillée de laurier-cerise ou d'amandes amères) est quelquefois utile, comme moyen accessoire, dans les cas d'exaltation modérée, d'agitation chez les mélancoliques, etc.). Son action sédative semble surtout marquée chez les femmes. Le *datura stramonium*, dont on faisait jadis un grand usage, a été de nouveau employé dans ces derniers temps, surtout pour combattre les hallucinations de la vue et en particulier celles de l'ouïe; MM. Moreau et Billod en ont obtenu quelques bons effets. Contre les hallucinations de la folie systématisée et de la démence, ce moyen n'a aucune espèce d'utilité, ainsi qu'on a pu le constater dans une foule d'expériences; cependant on peut y recourir dans les cas où les hallucinations de l'ouïe jouent un rôle capital en raison des effets immédiats qu'elles produisent sur l'esprit des malades. On donne alors le médicament à doses assez élevées, jusqu'à apparition des symptômes d'intoxication. La belladone, peu usitée aujourd'hui, pourrait être essayée également contre les hallucinations des deux sens supérieurs. Nous ne connaissons pas d'indications bien précises de l'emploi de ces deux moyens, mais ils sont évidemment contre-indiqués dans les cas d'hypérémie cérébrale. — La quinine est utile dans les formes régulièrement intermittentes; elle peut être également avanta-

geuse pour combattre les névralgies qui souvent exercent une influence essentielle sur le développement des idées délirantes, et, dans un certain nombre de cas, comme tonique général du système nerveux. — L'asa fœtida a été employée à hautes doses par M. Guislain, dans les folies hystériques. — Enfin il est encore quelques médicaments fort peu employés dans la thérapeutique ordinaire (brucine, hachisch, etc.), et dont l'usage en médecine mentale peut être essayé dans certains cas.

Les spiritueux doivent être évités chez les aliénés en général, et surtout dans les cas de folie récente, et dans la convalescence on doit encore en surveiller l'usage avec un soin tout particulier. Ce n'est qu'exceptionnellement, par exemple, dans les cas d'affaiblissement précoce de l'intelligence avec infiltration séreuse des extrémités, chez les buveurs d'eau-de-vie, que l'usage des vins alcoolisés peut être utile.

Les aliénés font un grand usage de tabac, soit à priser, soit à fumer. Tout le monde sait qu'un grand nombre de malades, surtout les chroniques, aiment beaucoup le tabac à priser, et souvent une prise offerte avec une certaine bonhomie suffit pour arrêter un aliéné qui était sur le point de se répandre en injures, et pour le calmer. Quelquefois aussi on fait prendre aux malades du tabac à priser extrêmement fort, de manière à obtenir une sécrétion sanguine de la muqueuse nasale. La fumée de tabac laisse la pensée flotter librement, l'humeur est égale; quand les malades en avaient l'habitude, on voit qu'ils y reviennent avec grand plaisir, et l'on doit profiter de cette circonstance, car le retour à ces habitudes anciennes, et qui ne peuvent avoir aucun mauvais effet, est souvent un puissant auxiliaire pour rendre à l'esprit de ces malades sa tournure antérieure. Dans la paralysie commençante, au contraire, on proscrira avec soin l'usage du tabac.

§ 216. — Les médicaments qui agissent sur le canal digestif ont été employés de tout temps, et aujourd'hui encore on y a très souvent recours. Outre que ces médicaments trouvent leur indication rationnelle chez les malades atteints de constipation, — cette incommodité est fréquente chez les aliénés, mais le régime, aidé de quelques lavements tièdes, y remédie mieux que les médicaments, — ils présentent de grands avantages dans les cas de folie récente avec congestion de la tête, et surtout dans les états d'inflammation aiguë du cerveau. Ce sont les purgatifs actifs et rapides (huile de croton, etc.) qui conviennent dans ces cas; le séné, la rhubarbe, les purgatifs salins sont moins employés. L'usage prolongé des laxatifs doux est souvent usité dans les cas chroniques, même dans ceux où il n'y a pas d'embarras des voies digestives. Il ne faut pas demander à ces moyens une grande action curative; souvent au contraire ils sont nuisibles, surtout dans l'hypochondrie. Les drastiques doivent toujours être proscrits chez les malades qui ont des affections

chroniques des organes génitaux ; enfin c'est quelquefois à l'usage trop longtemps prolongé de ces moyens que l'on doit attribuer la production d'un catarrhe intestinal chronique.

On emploie l'émétique tantôt pour combattre des troubles de la digestion stomacale, et quelquefois aussi on le donne aux mélancoliques, dans le but surtout de faire une impression sur leur moral; dans les folies puerpérales en particulier, ce moyen donne parfois des succès rapides. Le traitement dit nauséeux, qui consiste à donner de petites doses d'émétique, peut modifier avantageusement l'humeur des malades par suite de l'impression prolongée qu'il exerce sur le système nerveux ; on peut même dire qu'il interrompt la douleur morale en lui substituant une sensation physique désagréable ; la fatigue qui succède à l'administration de ce médicament peut également calmer l'agitation de la manie, mais il est rare qu'elle présente une utilité réelle; il n'y a pas d'indications précises pour l'emploi de ce moyen, qui n'est que palliatif, et l'on ne saurait nier que souvent il est plutôt nuisible. On peut considérer ce mode de traitement comme un reste des temps barbares de la thérapeutique, surtout quand on élève l'émétique à des doses énormes (60 centigrammes à 1 gramme), comme l'ont fait quelques auteurs. Ainsi administré, l'émétique détermine des pustules dans la bouche et dans le tube digestif, des gastrites, et parfois aussi des phénomènes paralytiques. — Les anthelminthiques peuvent quelquefois trouver leur emploi, surtout chez les enfants.

§ 217. — Dans la classe des excitants qui sont doués d'une action spéciale sur le système nerveux, le camphre est celui auquel depuis longtemps on a le plus souvent recours. Les expériences que l'on en a faites autorisent les praticiens à faire de nouveaux essais sur ce médicament ; il trouve son indication surtout dans les cas d'irritation sexuelle, comme on en voit dans la folie puerpérale ; il doit être alors donné à des doses assez élevées. — Les essais tentés avec le musc, le phosphore, l'arnica, etc., ne sont à nos yeux que des illusions thérapeutiques.

Les rafraîchissants sont fréquemment indiqués, comme le sel de nitre, le vinaigre en boisson, etc. Les amers et les toniques peuvent être nécessaires chez les individus dont la digestion a longtemps souffert, et dans les cas d'anémie ; le fer, notamment, est un moyen précieux chez un grand nombre de femmes nerveuses, hystériques, etc.; l'huile de foie de morue peut lui être asssociée d'une manière avantageuse dans l'anémie accompagnée d'amaigrissement.—Les emménagogues peuvent être utiles, surtout au début de la folie, lorsque les troubles de la menstruation ont été pour quelque chose dans la production de la maladie ; le médecin doit d'ailleurs veiller à l'état de la menstruation, même dans les caschroniques. Il est souvent nécessaire d'appliquer un traitement local chez les femmes

atteintes de maladies des organes génitaux, de combattre le catarrhe utérin, les affections diverses du col de l'utérus, etc., qui sont fréquemment la cause de troubles fonctionnels des centres nerveux, et qu'il est si difficile de guérir par les moyens internes. On voit aussi des cas où un traitement antisyphilitique est nécessaire pour triompher de la maladie du cerveau. L'emploi de l'électricité, quand il n'est pas formellement indiqué, doit être rejeté ; on pourra au contraire y recourir avec succès dans les cas de douleurs nerveuses locales (1).

§ 218. — Pour ce qui est du régime et de l'alimentation, partant de ce principe, que souvent la folie dépend d'une inflammation de l'encéphale, on pourrait croire à la nécessité d'instituer un régime antiphlogistique. Rien ne serait plus fâcheux pour le malade ; l'observation démontre en effet que souvent ces maladies, qu'elles dépendent d'un travail inflammatoire ou d'une simple irritation, sont liées à l'anémie générale et à un défaut de nutrition ; que souvent l'appétit des aliénés est exagéré, qu'un régime sévère aggrave généralement leur état ; que la diminution des forces musculaires réclame une alimentation forte et réparatrice, qui améliore l'état général et procure aux malades du calme et du sommeil. Naturellement on doit toujours surveiller avec soin le régime et le régler suivant les circonstances : dans la méningite aiguë et dans tous les états fébriles, on prescrira une diète sévère ; si les digestions sont difficiles, on donnera des aliments choisis, la diète lactée, etc. Les boissons se composent généralement d'eau et de liquides aqueux, surtout dans les cas récents ; le café et le thé seront proscrits dans tous les cas aigus. Les repas en commun dans les asiles provoquent l'appétit, et peuvent être utiles aussi en montrant aux malades l'exemple des individus convalescents et guéris dont la vue ne peut exercer sur eux qu'une influence favorable.

Dans tous les cas récents ou anciens de folie, on devra veiller à ce que les malades aient des moments réglés de repos et de mouvement, un air pur et frais ; à ce qu'ils fassent, si cela est possible, un peu d'exercice en plein air, à pied, ou encore en voiture : un asile d'aliénés est défectueux quand il n'y a pas pour toutes les catégories de malades des espaces suffisants pour tenir longtemps les individus à l'air libre, des jardins, des cours, etc. Chez certains malades, on se trouvera bien de leur prescrire

(1) M. Hiffelsheim a essayé, dans mon service, l'emploi d'un courant électrique continu contre les hallucinations de l'ouïe. Les fausses perceptions ont souvent semblé diminuer sous l'influence de ce moyen, mais l'une des malades a complétement guéri d'hallucinations déjà anciennes. On peut voir les détails de cette observation très remarquables dans les *Archives cliniques des maladies mentales* (t. I, p. 90). On y trouvera aussi exposée la manière dont M. Hiffelsheim procédait pour le traitement. (B.)

quelques exercices gymnastiques, ou des jeux qui leur donnent du mouvement ; pendant qu'ils sont à jouer, ils oublient momentanément les pensées qui les poursuivent. — Le sommeil doit être le résultat du travail, du mouvement au grand air, de la fatigue, des bains et du calme; rarement on le provoquera à l'aide des narcotiques. Toutes les fois que le repos n'est pas nécessaire, le malade se lèvera à son heure habituelle; jamais on ne lui permettra un séjour prolongé au lit, qui, chez les femmes surtout, devient bientôt une habitude, et amène promptement un affaiblissement considérable du système musculaire ; ce n'est que dans certains cas de mélancolie aiguë avec diminution générale des forces, que le séjour au lit est convenable et nécessaire.

Quant à la température, nous rappellerons seulement que les aliénés ne sont pas, comme on le croyait jadis, à peu près insensibles à la chaleur et au froid. On doit chauffer les asiles en hiver, et les malades qui restent toujours immobiles à la même place, et dont les extrémités sont souvent froides, doivent être l'objet d'une surveillance toute spéciale. On comprend aisément que la température ne doit être que tiède, afin d'éviter les congestions de la tête.

On veillera également à ce que les malades soient d'une stricte propreté : nous n'avons pas à entrer dans de grands détails à ce sujet, le but que l'on se propose par là n'est pas seulement d'entretenir la régularité des fonctions de la peau, d'éviter les fâcheux effets du décubitus prolongé chez les paralytiques; ces habitudes de soins et de propreté extérieure peuvent encore chez certains individus rappeler les idées d'ordre et de régularité intérieure.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT MORAL.

§ 219. — Bien que l'excitation morale agisse constamment, mais indirectement sur les phénomènes organiques, on a recours à ce même moyen dans le but d'arriver à une modification directe des anomalies psychiques, en provoquant chez les aliénés des images, des idées, des sentiments et des déterminations. Dans ceci, une bien petite part revient à l'influence positive du médecin sur le malade, exhortations, encouragements, surprises, punitions, etc., moyens très doux; dans quelques cas on obtient beaucoup plus de lui en prenant à son égard certaines mesures négatives. Très souvent la marche même de la maladie permet d'espérer une guérison rapide et spontanée ; dans ces cas, il suffit d'éloigner de lui toutes les causes d'irritation morale, et de régler d'une façon convenable les

circonstances extérieures qui l'entourent, de provoquer chez le malade le sentiment de sa soumission à une puissance bienveillante et raisonnable, et l'habituer peu à peu à se soutenir d'une façon convenable; ce seul fait constitue déjà un puissant moyen d'arriver à la guérison.

L'action morale directe exercée sur le malade, dans le but de le ramener à la santé morale, peut se rapporter à deux indications, tirées aussi bien d'une connaissance profonde de la folie que de l'expérience qu'a le médecin des bons effets de ce moyen thérapeutique. D'abord il faut écarter, supprimer, les idées morbides qui refoulent et font disparaître son individualité psychique antérieure ; puis il faut le plus possible chercher à reconstituer et à fortifier l'ancien *moi*, qui pendant la folie a été longtemps, non pas entièrement perdu, mais superficiellement refoulé ou entraîné dans un torrent d'émotions, et qui derrière cet état est resté susceptible de réagir et de se reconstituer. S'il y a entre le traitement moral de la folie et l'éducation une certaine analogie, dont nous avons déjà parlé, surtout relativement au but que l'on se propose et aux moyens que l'on emploie dans les deux cas, ils présentent cependant une différence essentielle. En effet, dans le traitement moral des aliénés, il s'agit, non pas de créer de nouvelles idées, mais bien de rétablir la personnalité antérieure ; il ne s'agit pas de donner au *moi* nouvellement reconstitué une certaine forme déterminée, une direction précise (c'est là plutôt le but que se propose l'éducation), ce que l'on veut obtenir par le traitement moral, c'est le rétablissement de l'ancien *moi*, tel qu'il était antérieurement, c'est-à-dire bien ou mal doté, comme il l'était jadis. Quant aux tentatives faites pour améliorer le *moi*, il n'en peut être question que chez des sujets déjà guéris. Si l'éducation est favorisée par les dispositions plus ou moins avantageuses qu'elle rencontre chez un individu, ce qui aide le plus au traitement moral des aliénés, c'est la reconstitution même du *moi*, qui, après avoir existé jadis d'une manière plus ou moins solide, s'est trouvé refoulé, attendant pendant un temps plus ou moins long une occasion pour reprendre sa place antérieure, luttant même quelquefois de toutes ses forces contre la maladie. D'où il résulte que souvent il suffit d'un traitement moral négatif, c'est-à-dire d'écarter simplement les influences nuisibles. Comment s'étonner après cela, quand on voit des aliénés arriver à une guérison complète entre les mains de médecins inexpérimentés ou ignorants ?

§ 220. — Quant à la première indication, qui est d'affaiblir les sentiments et les idées morbides des aliénés, l'expérience a démontré qu'on arrive rarement à un résultat favorable en les combattant directement. La perversion des sentiments affectifs que l'on observe chez eux doit être regardée comme le résultat de la maladie, elle ne cède pas aux reproches, ni aux remontrances, encore moins aux idées de moralisation, et

aux procédés que l'on oppose aux mauvais penchants que l'on observe chez les individus sains. Cette mauvaise humeur constante est évidemment produite par la maladie, et l'aliéné ne peut pas plus s'y soustraire par le fait de sa volonté, qu'un individu dont la rétine est enflammée ne peut se soustraire aux images lumineuses subjectives qui l'obsèdent. Pour faire disparaître cette perversion des sentiments, on peut attendre beaucoup du simple traitement physique, de l'expectation raisonnée, qui n'empêche pas dans certains cas d'agir sur le malade, si, par exemple, il survient une explosion de fureur chez un maniaque, et de réprimer ces manifestations, mais principalement en agissant par une sorte de diversion morale. Il est également mauvais de chercher à combattre directement par un raisonnement logique les idées délirantes des malades; cette pratique est plus dangereuse encore que le conseil banal que l'on donne de chercher à triompher des émotions morbides auxquelles ils sont en proie. Toute discussion directe, surtout passionnée, augmente ordinairement le délire, en ce qu'elle excite le malade à justifier ce qu'il dit; elle l'irrite et l'aigrit d'autant plus que la dialectique qu'on lui oppose est plus forte et plus serrée, et que ces raisonnements lui sont présentés avec un air de moquerie et de persiflage. Que, devant un malade qui se croit complétement ruiné, on étale son or et ses billets de banque, que devant un autre on démolisse le mur dans lequel il croit que ses ennemis se cachent, on ne fera que les irriter l'un et l'autre, qu'attirer leur attention sur leurs idées fausses ; dans les cas les plus favorables on ne réussira qu'à obtenir un résultat tout à fait superficiel, mais le plus souvent on substituera au délire de ces individus un autre délire peut-être plus grave. Tout cela résulte de ce que nous avons dit plus haut sur la manière dont surviennent les idées délirantes qui ont pris leur source dans certaines dispositions d'esprit qui sont devenues fixes, et qu'il faut faire disparaître pour voir la cessation du délire.

Cette règle générale, de ne pas combattre le délire par des moyens de persuasion directs, souffre quelques exceptions, chez les convalescents, par exemple, qui ne conservent plus que quelques restes de délire, ou même au début de la folie, alors que les idées délirantes ne sont encore qu'à l'état d'oscillation, et que le *moi*, encore en lutte contre ces idées fausses, peut les repousser s'il y est aidé par un raisonnement étranger. Seulement, même dans ces cas, il ne faut pas espérer le succès quand on veut trop convaincre le malade ; il faut plutôt lui faire remarquer le véritable état des choses, pour ainsi dire en passant, de manière à faire croire au malade qu'il revient spontanément de son erreur : la discussion fatigue et tourmente les aliénés, elle les pousse à la méfiance et engendre l'éloignement.

Un autre moyen direct de combattre le délire, mais qu'on doit réserver

pour un petit nombre de cas désespérés, consiste à réprimer violemment toute manifestation d'idées délirantes, tout acte ou toute parole insensée, par la douche et la force, tandis qu'on l'amène à des actes et à des paroles raisonnables en lui accordant quelques avantages, un peu de liberté, quelques douceurs, etc. Cette méthode de traiter les idées délirantes en les heurtant de front et sans concession, dans le but d'opérer une violente diversion sur l'esprit des malades, peut à peine être tentée dans un petit nombre de cas chroniques de folie systématisée, quand l'état général est parfait, et qu'il n'existe aucune autre lésion que la folie; elle est aussi fatigante pour le médecin lui-même que pour le malade, à qui l'on ne doit pas laisser un instant de repos pour revenir à ses idées délirantes; quant à nous, il nous paraît illusoire de vouloir par de semblables moyens supprimer les hallucinations, et guérir complétement la folie. J'en dirai autant de diverses surprises, des artifices à l'aide desquels on voulait arriver à convaincre les malades de la nullité de leurs idées délirantes; elles manquent totalement leur but, elles aggravent la maladie, ou bien elles substituent au délire un délire nouveau.

On a bien observé quelques exemples d'amélioration rapide produite en déterminant chez des aliénés une émotion violente, la colère, l'inquiétude, etc., surtout chez des hypochondriaques. Mais outre qu'on n'a jamais obtenu de guérisons par ce moyen, il y a un fait certain, c'est que l'on risque beaucoup en l'employant, et que pour une amélioration on trouverait dix cas où la maladie s'est aggravée et est devenue bientôt incurable.

§ 221. — Il y a quelque chose de plus dangereux peut-être encore que de combattre directement le délire, c'est d'entrer (comme on dit) dans les idées du malade, que ce soit dans le but de le calmer momentanément, ou pour, en s'emparant de ce que dit le malade, s'en faire un nouveau levier dialectique. En agissant ainsi, on fortifie le délire des aliénés, et l'on voit souvent, en particulier dans les états de mélancolie profonde, les tristes effets de cette méthode, conçue, sans doute, dans les meilleures intentions, c'est-à-dire que le délire devient fixe, tandis que jusque-là le malade s'élevait encore, intérieurement du moins, contre ces idées délirantes.

Au lieu de discuter logiquement les idées fixes, au lieu de les fortifier en les adoptant, il vaut mieux, quand les circonstances exigent une action directe sur le malade, contredire simplement ses idées sans les combattre, le renvoyer à une époque à venir où il s'étonnera d'avoir pu croire à de semblables erreurs, lui rappeler le passé où il n'aurait jamais pensé que de pareilles choses fussent possibles, etc. Mais le meilleur système, et celui auquel on a le plus généralement recours, c'est de toucher le moins possible au délire des aliénés, et de le laisser s'affaiblir

en ne lui fournissant aucun aliment, en appelant son esprit sur d'autres idées qui ne concordent pas avec son délire. Cette diversion psychique, l'un des principaux éléments du traitement moral, mais qui convient, comme méthode active, dans les cas chroniques bien plus que dans les cas aigus, s'obtient par des moyens très-divers qui s'appliquent d'autant mieux aux malades, et qui rencontrent de leur part une résistance d'autant moindre, que ceux-ci s'aperçoivent moins que tout cela est fait pour les guérir. Au premier rang parmi ces moyens se trouve le travail, puis viennent les distractions, les conversations, qui doivent toujours avoir pour objet des choses raisonnables, et qui sont du goût du malade, dans lesquelles on évitera soigneusement tout ce qui a trait à son délire, etc., où l'on s'efforcera au contraire de placer des idées capables de ramener son esprit dans la bonne direction. Il est donc nécessaire d'éviter nonseulement de toucher au délire du malade et aux circonstances qui ont contribué au développement de la folie, mais aussi de parler directement de l'état du malade. Il faut que le malade reste aussi peu que possible dans la solitude; tant qu'il s'occupe de choses étrangères à sa maladie, il est à moitié délivré de son mal, et ses idées délirantes, qu'il néglige pendant ce temps, peuvent s'affaiblir et finir par se dissiper complétement.

§ 222. — C'est alors que l'on doit fortifier le *moi* ancien qui commence à se reconstituer, pour éviter qu'il ne retombe et ne se détruise. On y arrive en réveillant et en entretenant de nouvelles idées et de nouvelles sensations en harmonie avec l'individualité psychique antérieure du malade; d'où la règle de ne guider le convalescent que dans le sens des choses qui l'intéressaient jadis, et l'on comprend qu'ici la même méthode ne peut pas s'appliquer à tous les cas, et qu'il faut savoir prendre chaque malade par son côté favori. C'est ici qu'intervient dans toute son utilité la connaissance que le médecin peut avoir des hommes, alors qu'il doit saisir les différences provenant du caractère, des penchants, des habitudes, du degré d'éducation, qu'il doit rechercher par quel côté le malade est sensible : ainsi il y a sous ce rapport certaines différences entre les deux sexes. Il est des individus chez qui l'intégrité de la pensée et de la volonté est liée de la façon la plus intime avec les occupations extérieures de leur vie; certains ouvriers ne retrouvent l'unité complète de leur individualité antérienre qu'en reprenant leurs travaux; à certains musiciens il faut le son de leur instrument, etc. Il en est de même de ce qui intéresse les sentiments affectifs; on manque toujours son but quand on veut développer chez le malade des sentiments qui n'ont aucun rapport avec le foud du caractère qu'il avait avant de tomber malade: par exemple, on perdrait son temps à tenir des propos religieux à un homme léger et frivole, tout aussi bien qu'à vouloir forcer un individu

qui déteste la musique, à jouer d'un instrument. Il n'y a qu'un seul cas où l'on doive se départir de ce précepte d'entretenir soigneusement et de fortifier la personnalité antérieure du malade, c'est lorsque quelque défaut de caractère, qui a longtemps dominé le *moi*, a contribué essentiellement au développement de la maladie. Dans ces cas, qui se présentent de temps en temps, où la folie semble la conséquence finale d'une existence employée au mal, on ne pourrait guère espérer la guérison que s'il se produisait un changement total dans l'existence morale de l'individu; mais chacun sait de quels faibles moyens nous disposons pour arriver à un tel résultat, combien il est difficile d'opérer une modification aussi radicale, et surtout combien il est rare, quand on est arrivé au succès, de ne pas voir bientôt la rechute se produire. Tout ce qui a une certaine analogie avec la vie antérieure du malade, tout ce qui lui rappelle ses liens de famille ou ses anciennes occupations, concourt à fortifier son *moi*, et l'on doit laisser au tact et au jugement du médecin le soin de modifier comme il le jugera convenable les divers moyens de faire revivre le cercle des idées antérieures du malade.

§ 223. — Parmi les divers moyens moraux, le premier et le plus important nous paraît être de donner au malade une occupation convenable. Quand il jouit de toute son intégrité, l'esprit trouve dans le monde extérieur l'occasion de satisfaire le besoin inné qu'il éprouve de se manifester au dehors; la pensée et la volonté s'occupant sans cesse d'acquérir de nouveaux matériaux auxquels elles donnent une forme, l'esprit se trouve ainsi soustrait à des désirs impatients et vides, aux illusions de l'imagination; le sentiment du succès ouvre de nouveau la porte aux sentiments expansifs, avec lui le malade retrouve l'estime de soi-même et la confiance dans ses propres forces. Aussi est-ce avec raison que, quand on voit un malade s'occuper d'une façon constante et surtout trouver du plaisir au travail, on considère ce fait seul comme le signe d'une amélioration notable dans son état, et souvent même comme le commencement de la guérison. Les meilleures occupations sont celles qui procurent au malade du mouvement et lui permettent de rester en plein air, comme le jardinage, le travail des champs, qui conviennent non-seulement pour les malades des classes inférieures, qui en faisaient jadis leur occupation habituelle, mais aussi pour les individus des classes élevées, sur qui le spectacle de la nature exerce toujours une influence favorable. Quand on ne peut occuper les malades aux travaux des champs, il est bon qu'ils se livrent dans la maison à des occupations qui se rapprochent des travaux d'art; mais il est rare qu'on puisse leur permettre de travailler assis, ou de se livrer à des travaux intellectuels, si ce n'est pour se reposer de la fatigue physique, des dépenses musculaires qu'ils ont faites; quant aux malades chroniques, on se trouve souvent

très-bien de leur apprendre un métier auquel ils se livrent avec plaisir. Le malade pourra se réjouir du petit salaire qu'il gagne par son travail, et qui suffit souvent pour le garantir de la misère au moment où il sort guéri; quant au riche, le produit de son travail profitera à l'asile et à ses compagnons nécessiteux. Le travail, lorsque l'état de santé le permet, doit toujours être méthodique; il faut éviter d'essayer constamment un individu à tous les travaux possibles, parce qu'il ne réussit dans aucun; il faut éviter que l'asile ne prenne le caractère d'une fabrique où l'on ne pousse les malades à travailler qu'en vue des avantages pécuniaires que l'asile peut en retirer. La guérison ou l'amélioration du malade doit être la seule considération; on ne doit lui conseiller de travailler que parce que cela lui est bon, et que l'oisiveté, au contraire, lui serait très préjudiciable.

On comprend aisément que le travail ne convient nullement dans les états tout à fait aigus, ni au *summum* de la maladie; qu'il serait très dangereux dans ces conditions, et qu'une irritation récente du cerveau réclame un repos absolu, ce qui ne veut pas dire cependant que toute excitation morale rend le travail impossible ou préjudiciable. Dans les asiles d'Angleterre, avec le no-restraint, on fait travailler certains malades agités et vociférants, par exemple à la lessive, et l'on voit qu'ils se calment promptement. Toutefois le travail rend de bien plus grands services encore dans les états de folie calme, surtout chronique, au moment où la folie passe aux formes secondaires, et plus encore dans la convalescence, quand le malade commence à manifester le désir de s'occuper.

§ 224. — Outre que le malade s'occupe, on exerce ses facultés intellectuelles autant que le sujet le comporte; l'enseignement que l'on pratique dans les asiles d'aliénés convient, sous ce rapport, à un grand nombre de malades. Ce n'est pas pour combattre ses idées délirantes, ni pour lui prouver que ses projets ne peuvent pas s'accomplir; le seul but de cet enseignement, c'est de détourner son esprit du cercle d'idées dans lequel il se complaît et d'attirer son attention sur des choses intéressantes et qui peuvent lui être utiles. C'est un puissant moyen de distraction qui, de plus, a l'avantage de donner quelques éléments d'instruction aux malades qui jusque-là n'en avaient reçu aucun. Comme tout ce qui peut exciter le cerveau, cette occupation doit être proscrite dans les cas de folie aiguë, et, dans tous les cas d'ailleurs, on ne doit jamais y recourir chaque fois que pendant un temps relativement court. L'objet des leçons variera suivant l'âge, le sexe et le degré d'éducation du malade; ce sera tantôt un enseignement élémentaire, tantôt la musique ou l'histoire, etc. On peut y joindre des leçons à apprendre par cœur, ou bien on fera de l'enseignement mutuel, le malade le plus instruit donnant la leçon à ceux

qui le sont moins; enfin, on aura soin de le rendre aussi attrayant que possible.

On a souvent et beaucoup parlé de l'influence de la musique ; les sentiments qu'elle provoque sont trop passagers pour lutter avec la disposition permanente de l'esprit qui résulte de la folie ; enfin la musique n'agit que comme accessoire des autres moyens de distraction, et encore faut-il que le malade s'y livre lui-même ; il en est de même des exercices de chant que l'on pratique dans les asiles.

En outre, on distraira les malades par des conversations, des lectures, des promenades, des jeux et des réunions en commun que l'on modifiera suivant les différents individus.

C'est avec beaucoup de raison que M. Guislain s'est élevé contre les grandes réunions du soir, mêlées de danse, comme on a l'usage d'en faire dans quelques asiles d'Angleterre, et qui ont trouvé des imitateurs dans d'autres pays. Tous les ans, les journaux d'une grande ville d'Allemagne contiennent le récit d'un bal brillant donné à l'asile d'aliénés, où l'on trouve la constatation consolante de ce fait que la société n'a pas commis d'actes de folie.

Les visites que l'on fera aux malades (en excluant toujours, bien entendu, les simples curieux) seront l'objet d'une surveillance spéciale. Dans les premières périodes, et lorsque la maladie est encore en voie d'accroissement, les visites des parents sont ordinairement nuisibles, soit parce que les malades y trouvent un nouvel aliment à la répulsion qu'ils éprouvent si souvent pour leurs parents, et que ces visites leur rappellent des souvenirs irritants, soit aussi parce qu'elles les empêchent de s'accoutumer au séjour de l'asile. Au contraire, lorsque le malade est calme et entre en convalescence, ces visites ont de bons résultats, elles contribuent évidemment à consolider et à faire progresser la guérison ; souvent après une seule de ces visites le malade arrive promptement à bien juger sa maladie, sa position par rapport au monde, et lui-même.

§ 225. — L'intervention de la religion peut être fort utile dans le traitement de la folie; toutefois on n'aura recours à ce moyen qu'en y apportant les plus grandes précautions. Les consolations de la religion ne doivent jamais manquer au malade qui en exprime le désir et le besoin; mais on serait en opposition formelle avec les premiers éléments mêmes du traitement moral, si l'on voulait lui parler de religion, quand il n'en a pas les principes dans son cœur ; ce serait faire preuve d'une ignorance absolue de la nature et de la marche de ces maladies, que de vouloir guérir directement la folie en convertissant les individus à la religion. Les influences religieuses ne peuvent réellement avoir pour but que de calmer le malade, de lui donner confiance et espoir, de détourner son esprit de ses idées morbides, et de rendre à sa pensée et à sa sensibilité

la direction qu'elles avaient jadis. Seul le médecin peut apprécier jusqu'où l'on doit aller dans cette voie pour obtenir une action sur le moral des malades. Il ne souffrira jamais que l'on aille encore ajouter aux tourments que se créent les mélancoliques, en leur parlant de repentir et de pénitence, ni qu'on aille effrayer un malade qui doute et qui hésite en le menaçant des flammes de l'enfer. Les mélancoliques et les maniaques, quand leur esprit se trouve encore un peu excité dans cette voie, et les sujets atteints de folie sytématisée, s'emparent volontiers de toutes les idées de ce genre que l'on émet devant eux, pour alimenter leur délire. Mais si dans les choses de la religion on sait faire un choix judicieux de ce qui convient aux sentiments que le malade éprouve, si le prêtre n'a en vue que la guérison de la maladie, sous ce rapport les exercices religieux que l'on fait en commun dans les asiles sont d'une utilité incontestable. Souvent même on peut constater les bons effets résultant de cette simple circonstance que les malades sont obligés de se tenir tout à fait tranquilles un certain temps, pendant le service divin.

§ 226. — Les moyens de contention que l'on emploie chez les aliénés ont pour but de les empêcher de commettre des actes de violence sur eux-mêmes et sur les autres, de se livrer à des accès de rage et de fureur, en un mot, à toutes ces manifestations de leurs impulsions insensées dans lesquelles la folie trouve sans cesse de nouveaux éléments, et de les aider enfin à se dominer eux-mêmes. En outre, ces moyens doivent leur faire sentir qu'il y a une force extérieure contre laquelle ils ne peuvent lutter, que toute résistance est inutile, et que leur volonté doit plier. Ces moyens ne doivent jamais avoir rien de blessant pour le sentiment d'honneur des malades, rien qui rappelle les maisons de correction (ni chaînes, ni coups), rien qui puisse effrayer l'imagination, comme ces grands appareils et ces machines dont on faisait encore usage il y a peu de temps dans beaucoup d'endroits. Aujourd'hui on se sert surtout de la camisole de force, qui est de toile, et qui ne permet au malade que des mouvements très limités des mains et des bras ; dans beaucoup d'asiles on se sert aussi d'un fauteuil de force, d'une chaise à dossier sur laquelle on fixe le malade, ou d'une ceinture avec laquelle on l'attache sur son lit pendant la nuit.

Jadis on abusait de ces moyens de contention chez les aliénés ; mais depuis une vingtaine d'années environ, on a préconisé en Angleterre un usage tout opposé, c'est de bannir complétement du traitement de la folie tous les moyens de coercition mécanique. Cette méthode, à laquelle on a donné le nom de *no-restraint*, tentée d'abord par Gardiner Hill à l'asile de Lincoln, en 1838, puis érigée en méthode par Conolly à Hanwell, en 1839, a été pendant ces dix dernières années appliquée dans presque tous les asiles d'Angleterre ; elle a été autant vantée par

ses partisans que d'autres auteurs ont révoqué ses avantages en doute. Le principal argument que l'on invoque en faveur du *no-restraint*, c'est que cette méthode est plus humaine que les autres, et que l'on calme ainsi facilement le malade, tandis que souvent les moyens de coercition ne font que l'irriter ; on a prétendu que le malade s'habitue ainsi à s'observer et à se dominer, qu'il gagne d'autant dans sa propre estime, et qu'on lui épargne de cette façon les mauvais traitements que les gardiens lui infligent souvent. Depuis l'adoption de cette méthode, dit-on, les malades sont plus calmes, plus soumis et plus gais, les guérisons plus nombreuses et plus solides; on réserve l'emploi de moyens mécaniques de contention pour les cas très rares, d'ailleurs, d'extrême nécessité (Conolly).

De l'autre côté, on a dit que c'était un excès de philanthropie que de vouloir considérer comme un acte d'inhumanité l'application de la camisole de force à un aliéné ; que les moyens de contention sont seuls capables, dans certains cas, de soumettre le malade à l'autorité du médecin, et de le mettre dans l'impossibilité de nuire à lui-même ou aux autres ; que, grâce à ces moyens, on peut lui permettre une certaine liberté, la promenade en plein air; que sans eux il faudrait un nombre de gardiens trop considérable ; que le malade s'irrite beaucoup plus de se voir contenu par d'autres personnes ; que certains malades, sentant venir un accès de manie, viennent d'eux-mêmes demander qu'on les attache ; que chez des sujets indisciplinés et dangereux, atteints par exemple de monomanie suicide, nous n'avons pas d'autres moyens de nous opposer au penchant qui les obsède ; enfin, que la réclusion du malade dans une cellule, comme celles dont font usage les partisans du *no-restraint*, n'est autre chose qu'un moyen mécanique de contention, et qui n'est nullement préférable aux autres.

Si maintenant on jette un coup d'œil sur les motifs que l'on a invoqués, soit pour, soit contre cette méthode, on comprendra facilement comment les opinions ont pu être si longtemps partagées, et que les objections qu'on lui a adressées ont pu, même pendant quelque temps, prendre le dessus. Mais si l'on considère que ces objections ont été faites par des médecins qui n'avaient jamais fait usage du système du *no-restraint*, qui sans doute ne l'avaient jamais vu appliquer une seule fois, on se convaincra qu'elles ont bien peu de poids. Si l'on interroge au contraire les résultats que l'expérience a fournis depuis ces dix dernières années, les doutes que l'on conservait sur la valeur de cette méthode seront bientôt complétement dissipés. En effet, la question est tranchée aujourd'hui, et elle l'est en faveur du *no-restraint ;* cette méthode est actuellement employée dans tous les asiles publics d'Angleterre, où elle donne les résultats les plus favorables, et désormais on citera le nom de Conolly à côté de celui de Pinel, dont il a complété l'œuvre.

Mais, il faut le dire, il y a beaucoup de personnes qui ne comprennent pas encore bien ce que c'est que le *no-restraint:* c'est la suppression complète et absolue de tout moyen mécanique de contention dans le traitement des aliénés; c'est un système dans lequel on remplace ces moyens de contention par d'autres méthodes pour calmer et surveiller les malades. C'est donc un système nouveau et très positif de traitement, dans lequel on n'abandonne pas simplement les malades à eux-mêmes, encore moins, comme on l'a répété à tort dans ces derniers temps, se propose-t-on de substituer aux moyens mécaniques de contention la réclusion dans une cellule ou la répression des malades par les mains des gardiens. Au lieu de réprimer par la force et la violence les manifestations de la maladie, on obtient beaucoup plus de la douceur, qui, dans le plus grand nombre des cas, réussit déjà à prévenir ces manifestations elles-mêmes, là où l'on n'arrive pas par une autre méthode à apaiser et à calmer simplement le malade. — Si l'on demande quels sont les effets que l'on a obtenus dans les asiles où l'on a substitué le *no-restraint* aux moyens de contention dont on n'avait pu se passer jusque-là, on remarquera, avant tout, ce fait désormais prouvé d'une manière incontestable par l'expérience, que dans les asiles où conjointement avec le *no-restraïnt* on emploie un traitement diététique et thérapeutique convenable, les cas qui semblent réclamer impérieusement les moyens de contention ont constamment diminué, et qu'on n'y observe presque plus aucun de ces cas d'agitation durable et violente que l'on traite encore dans beaucoup d'asiles par la réclusion prolongée dans la cellule, par l'usage prolongé de la camisole ou de la chaise de force. Quand un malade est fortement agité, on cherche, par divers moyens appropriés à chaque individu, à détourner son attention de l'objet de son délire, à le calmer et à le distraire; on le retire du milieu où son agitation a commencé, et quand cela est nécessaire, on l'isole pendant quelque temps (2 à 4 heures, souvent moins) dans une chambre où il ne peut se faire du mal, ou dans une cour fermée. Quand un malade est agité, on lui parle doucement, on le traite avec ménagement, et quand on le met dans une cellule, on le conduit avec douceur, en évitant toute violence et tout ce qui pourrait irriter le malade. — Ce système, bien préférable aux moyens de contention ordinaires que l'on emploie encore dans une foule d'endroits, n'est possible naturellement que dans les asiles dont l'organisation est complète dans ce sens; il réclame des gardiens nombreux, intelligents, actifs et doux, et de la part du médecin une surveillance active, des soins incessants, beaucoup de douceur et de bonté.

Conolly lui-même admet que dans certains cas rares et exceptionnels (aliénés devenant subitement dangereux, malades atteints d'affections chirurgicales, etc.), on peut avoir recours à la contention méca-

nique, mais le moins longtemps possible (1); cette contention, d'ailleurs, diffère totalement des moyens que l'on emploie ordinairement dans le traitement des aliénés. Dans tous les cas où naguère il semblait indispensable de recourir à la force, chez les individus portés au suicide

(1) Tout le monde doit applaudir aux efforts que des médecins anglais ont faits pour supprimer les moyens de répression mécanique dans les asiles. Le but poursuivi est assurément excellent, et toute la question est de savoir si ce but peut être atteint sans danger d'une manière absolue.

Après avoir dit que le *no-restraint* est la suppression complète de tout moyen mécanique de contention dans les asiles, M. Griesinger avoue plus bas que « Conolly lui-même admet que, dans certains cas rares et exceptionnels, on peut y avoir recours, mais le moins longtemps possible. »

Le *no-restraint* ne serait donc pas la suppression complète et absolue des moyens mécaniques de contention; mais seulement cette suppression aussi complète que possible.

Les maniaques sont de tous les aliénés ceux chez lesquels on a le plus souvent recours à l'emploi de la camisole de force. Or, voici ce qu'Esquirol écrivait sur ce sujet, il y a près d'un demi-siècle :

« Ces malades ne doivent point être retenus dans leurs habitations, encore moins attachés dans leur lit. L'exercice est un besoin instinctif pour eux. S'ils ne sont que bruyants, il faut les laisser, au grand air, se livrer à toute leur mobilité, s'abandonner à toutes leurs vociférations, à toutes leurs extravagances, exhaler, épuiser leur fureur. On n'aura recours aux moyens de répression que lorsque les maniaques peuvent courir quelques risques de la vie par leur imprudence, ou compromettre celle des autres par leurs emportements; encore la répression ne doit-elle être que momentanée; elle doit être prescrite par le médecin, et mise à exécution immédiatement après quelque action d'éclat de la part des malades; elle cessera dès que le calme sera rétabli. Sans cette attention et bien d'autres que l'expérience seule peut inspirer, les maniaques se croient victimes de l'injustice ou du caprice de ceux qui les servent. Quant à ceux qui, pendant la nuit, ne veulent pas rester dans leur lit, s'ils ne cherchent pas à se faire de mal, il vaut mieux les laisser libres que de les contraindre. J'ai exposé ailleurs les motifs de ce précepte. Depuis qu'on ne tient plus les aliénés renfermés, depuis qu'on leur laisse toute la liberté compatible avec leur propre sûreté, le nombre des maniaques furieux a beaucoup diminué. Que de maniaques devenus paralytiques parce qu'on les a fixés trop longtemps sur leur lit ou sur un fauteuil! »

Le même auteur, il est vrai, ajoute qu'on peut appliquer la camisole aux maniaques qui se déshabillent, surtout en hiver; mais je ferai remarquer que, dans ce cas, l'exercice en plein air, avec les *manches* de toile appliquées de manière à laisser encore aux bras une certaine étendue de mouvements, peut paraître bien préférable à la réclusion dans une cellule. Il y aurait même lieu d'examiner si cette simple application des manches a plus d'inconvénients pour certains malades que l'intervention incessante et continue de gardiens, avec lesquels ils essayent de lutter. Il est bien entendu qu'il ne s'agit point ici de l'emploi du fauteuil de force,

par exemple, l'expérience a démontré que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de supprimer tout moyen violent et d'agir sur les malades par la douceur.

mais simplement des *manches de toile*, les jambes restant libres et le malade pouvant se promener seul et en toute liberté.

Quoi qu'il en soit, il faut bien avouer que les préceptes donnés par Esquirol n'ont pas toujours été suivis, et qu'il y a des asiles où l'on a souvent abusé de la camisole de force. On a surtout oublié que cette répression, comme le dit Esquirol, 1° doit être prescrite par le médecin, 2° qu'elle doit n'être que momentanée.

Si ces deux conditions étaient toujours remplies, le mal serait déjà beaucoup moindre.

Il est d'ailleurs évident que le système du *no-restraint*, tel qu'il est pratiqué en Angleterre, suppose une organisation spéciale. Qu'un aliéné ait une impulsion violente au suicide, ou seulement qu'il soit livré à la masturbation, il n'y a assurément à choisir qu'entre les moyens de contention mécanique ou une surveillance incessante de jour et de nuit, ce qui suppose un personnel d'infirmiers assez nombreux.

Mais admettons que cette condition soit remplie bien plus largement qu'elle ne l'est dans beaucoup de nos asiles, pourra-t-on espérer d'arriver à la suppression complète et absolue de tout moyen de contention ?

J'avoue que telle n'est pas ma conviction.

On a vu que Conolly lui-même reconnaissait qu'il y avait encore lieu d'y recourir « dans certains cas rares et exceptionnels » (chez les aliénés subitement dangereux, par exemple). Mais, même en dehors de ces cas, n'est-il pas indispensable de maintenir dans le bain un certain nombre de malades qui veulent en sortir? Une forte toile tendue sur les baignoires, fixée à leurs parois, n'est-elle pas préférable à la lutte que les malades engagent à chaque instant avec les gardiens qu'on est obligé de placer auprès d'eux pour les maintenir? M. Griesinger préconise les bains d'une manière générale dans le traitement de la folie, et ces bains doivent souvent être très prolongés : comment concilier ce moyen si utile de traitement avec la méthode absolue du *no-restraint?*

Dernièrement j'interrogeais un jeune médecin anglais, qui avait habité trois ans un asile où le *no-restraint* est appliqué, et il m'avouait qu'on ne donnait que peu de bains, et des bains très-courts. C'est aussi le souvenir que j'ai conservé de ma visite à Hanwel.

Entre la méthode qui consiste à ne donner aux maniaques que des bains rares et très courts, pendant lesquels ils sont maintenus par des gardiens, et celle qui consiste à leur faire prendre des bains prolongés et fréquents, en couvrant la baignoire d'une forte toile qui maintient le malade, il me semble qu'il n'y a pas à hésiter. C'est assurément une chose excellente que la suppression aussi complète que possible des moyens de contention mécaniques, mais le principe de la suppression *absolue* nous paraît trop radical. Pour ce qui concerne les bains en particulier, il conduit à une pratique que je regarde comme fâcheuse.

En résumé, la réforme des médecins anglais aura pour conséquence définitive ce résultat si important, de restreindre l'emploi des moyens de contention méca-

Lorsque parut la première édition de ce livre, je me laissai encore influencer par les objections que les aliénistes faisaient au système du *no-restraint;* au fond du cœur je sympathisais avec la réforme, et cependant je n'étais pas en état de renverser les motifs qu'on lui opposait. Depuis lors l'expérience s'est prononcée d'un bout à l'autre de l'Angleterre; j'ai vu ce système appliqué dans plusieurs des grands asiles anglais, et j'ai été convaincu. J'ai bien vu, dans un asile d'environ 1000 malades, un aliéné dont le nez était couvert de sang, j'y ai bien entendu casser une vitre; mais cela n'arrive-t-il pas aussi dans les asiles où l'on fait un usage journalier de la camisole et de la chaise de force? Ce qui m'a agréablement surpris, c'est de voir avec quelle facilité, par une sorte de diversion morale, on arrive à calmer promptement des malades sur le point d'avoir un accès, et chez qui l'on eût immanquablement, sur le continent, employé la camisole de force. — Que l'on ne dise plus que cette méthode est inapplicable! A Hanwell, où la population est de plus de 1000 malades, on n'a pas lié, depuis vingt et un ans, un seul pied, une seule main, ni jour, ni nuit. Colney Hatch est un énorme asile qui contient 1200 aliénés; il est ouvert depuis 1849, et l'on n'y a pas encore eu recours une seule fois à la camisole. Bedlam et Saint-Luc, où l'on ne reçoit guère que des cas aigus, ont depuis longtemps adopté ce système; enfin aucun des asiles où l'on a appliqué le *no-restraint*, n'est jamais revenu aux anciens moyens de contention. — Ne disons plus que par la réclusion dans une cellule on a substitué une autre force à l'application de la camisole de force. Sur 5 à 6000 malades enfermés dans plusieurs asiles anglais, M. Morel n'en a trouvé que trois qui fussent en cellule, encore n'y restent-ils pas longtemps. Que l'on compare ce chiffre au nombre des individus que l'on met en cellule (et qui finissent par s'y plaire à force d'y rester), avec ou sans la camisole, dans quelques asiles du continent où l'on semble cependant regarder le *no-restraint* comme une chimère! — Que l'on ne dise pas non plus que ce système ne convient qu'aux Anglais, qui se soumettent plus facilement que les malades du continent; avant Conolly on croyait en Angleterre même, qu'il était impossible de traiter les aliénés sans aucun moyen de contention, à ce point qu'en 1843, à Bedlam et à Saint-Luc, on attachait les malades par rangées lorsqu'ils étaient fortement agités! — Que l'on ne vienne plus nous dire que l'usage des moyens de contention est bon,

nique dans des limites aussi étroites que possibles; c'est là assurément un grand bienfait. Il est donc juste d'inscrire le nom de Conolly à côté de ceux de Daquin, de Pinel et d'Esquirol; il convient aussi de rappeler dans l'histoire du *no-restraint* qu'il y a près de cinquante ans, Esquirol posait déjà ces deux préceptes, que, même chez les maniaques, la camisole de force ne doit être appliquée, 1° que sur l'ordre du médecin; 2° que son application ne doit être que *momentanée.* (B).

mais que l'abus seulement en est blâmable ; personne ne peut dire, en effet, où commence l'abus en fait de moyens de contention !

On peut donc suivre avec confiance la nouvelle voie. On rompra avec les anciennes habitudes, mais il faut savoir que l'on entreprend ainsi une nouvelle responsabilité, que l'on aura à redoubler de soins, car la plus petite négligence ouvrira les portes à l'emploi de la violence. L'exemple de la persévérance avec laquelle les médecins anglais ont accepté les nouveaux principes est sans doute encourageant, mais il l'est moins encore que le succès qu'ils ont obtenu. A combien de malades l'emploi des moyens de contention a-t-il donc réussi réellement ? Les objections que l'on fait aujourd'hui au *no-restraint* ne sont-elles pas exactement les mêmes que l'on adressait à Pinel, il y a près de soixante-dix ans, quand il demandait que l'on délivrât les aliénés de leurs chaînes et de leurs colliers ? Que l'on tienne au moins un registre dans lequel on consignera tous les cas où l'on emploie les moyens de contention, les faits qui l'ont motivé, la nature des moyens employés, leur durée et les effets qu'on en aura obtenus, afin de pouvoir comparer, à la fin de l'année, la part qui leur revient dans l'amélioration ou la guérison des malades, et l'on verra jusqu'à quel point on peut y avoir confiance.

Voyez Conolly, *Traitement des aliénés, etc.*, 1860 ; Dick, *Zeitschr. für Psych.*, XIV, 1856 ; Morel, *Le no-restraint*, Paris, 1861.

CHAPITRE IV.

DIVERSES MODIFICATIONS DU TRAITEMENT.

§ 227. — Les différentes formes mentales exigent certaines modifications dans l'emploi des moyens et des méthodes que nous avons indiqués plus haut ; mais ce n'est pas tout : on devra régler le traitement physique aussi bien que le traitement moral, suivant la forme de la folie, suivant les individus, suivant les maladies physiques qui peuvent être les mêmes, bien que la forme mentale diffère, enfin suivant la position, le caractère et les particularités morales du malade. — Sous ce rapport, on ne saurait établir des règles positives ; mais, pour ce qui est du traitement des diverses périodes de la folie et du début en particulier, nous rappellerons ici qu'il est nécessaire d'y recourir le plus tôt possible. La première chose à faire, c'est de poser le diagnostic d'une manière certaine d'après l'observation attentive du malade. Au début, lorsque les symptômes sont encore peu accusés, on ne pourra souvent établir qu'un diagnostic approximatif, mais qui peut être corroboré par l'existence d'une prédisposition héré-

ditaire, de certaines circonstances antérieures, etc. Laissant de côté les erreurs grossières que l'on pourrait commettre, par exemple, de confondre une fièvre typhoïde avec la folie, la prudence exige que l'on traite un malade suspect comme s'il était aliéné, parce que cette pratique ne peut avoir aucun inconvénient, et qu'au contraire elle présente toujours des avantages réels pour le malade lui-même ; car tout le traitement consiste dans ce moment à éloigner complétement toutes les causes de maladie et à prescrire des mesures diététiques appropriées à l'individu.

C'est ici surtout que le traitement physique trouve de fréquentes applications ; pour ce qui est du traitement moral, on évitera que le malade s'occupe avec trop d'ardeur d'événements tristes, qui augmenteraient encore sa mauvaise humeur, de sujets qui fatigueraient son esprit, de discussions religieuses, etc. ; on s'efforcera, au contraire, de modérer sa douleur morale en appelant son attention sur des sujets capables de le distraire, de l'égayer ; on tâchera de fortifier ses espérances par des paroles douces et bienveillantes. On ne doit pas faire voir au malade qu'on l'observe attentivement, que l'on a des doutes sur son état mental ; on ne lui demandera pas avec trop de curiosité les causes qui ont pu déterminer le changement qui s'est opéré en lui, parce qu'il est déjà porté à la méfiance et à la dissimulation ; on ne doit pas le laisser seul souvent, cependant il est bon de l'observer quand il est seul et qu'il ne s'en doute pas, alors qu'il se laisse aller à parler et à agir librement. Toutes les fois que l'état général le permet, on ne doit pas laisser toujours le malade dans l'oisiveté, on l'occupera à quelque chose, seulement on évitera qu'il ne s'applique trop à son occupation, et souvent même la première condition du traitement est d'arracher le malade à ses travaux habituels.

Il faut toujours soustraire le malade aux influences fâcheuses qui ont agi sur lui jusque-là, et le placer au contraire dans des conditions favorables. Pour y arriver, on est quelquefois obligé de changer totalement les circonstances qui l'entourent ; le déplacement, les petits voyages, surtout à pied, les excursions à des eaux bien choisies, ont souvent de très bons résultats ; on évitera, au contraire, le séjour dans les grandes villes qui excite toujours le cerveau et les sens du malade. On se rappellera que toutes les distractions bruyantes, le théâtre, la musique, les réunions et les divers plaisirs que l'on pourrait être tenté de permettre au malade, ne peuvent que lui faire du mal, et qu'il a besoin, avant tout, de calme et de repos, et d'éviter toutes les impressions fortes ainsi que les personnes qui ne savent pas quelle est la nature de son mal. Le succès de ces moyens dépend beaucoup de la manière dont les malades se laissent guider, des conditions extérieures dans lesquelles il se trouve, et des personnes qui l'entourent ; sous ce dernier rapport, les soins intelligents des femmes sont d'une grande importance. Les parents commettent sou-

vent l'erreur de croire que le dérangement intellectuel est le résultat d'un caprice et de la dissimulation de la part du malade; le médecin doit les prévenir que c'est le fait de la maladie, il doit les avertir du danger que court leur parent, et de la nécessité d'instituer un traitement sans retard; enfin, il déclinera toute responsabilité dans les cas où il verra qu'on ne se conforme pas à ce qu'il a ordonné.

En outre, on prescrira un régime convenable, l'exclusion des spiritueux, l'exercice en plein air; on veillera à ce que le malade ait un sommeil calme, et à ce que les sécrétions s'accomplissent bien. On recherchera soigneusement les symptômes de maladies aiguës ou chroniques que peuvent présenter les aliénés (troubles de la menstruation, maladies du cœur ou de l'intestin, etc.), afin de les traiter et de faire disparaître tout ce qui pourrait déterminer ou entretenir l'hypérémie ou l'excitation du cerveau. S'il est vrai que l'on doit toujours éviter de faire subir aux malades un traitement affaiblissant, cependant c'est dans la période initiale de la folie que quelques émissions sanguines, basées sur des indications précises, peuvent avoir d'excellents résultats, surtout quand la maladie suit une marche aiguë.

Les traitements par les eaux minérales au début de la folie, en particulier par les eaux légèrement laxatives, Marienbad, Kissingen, etc., sont généralement inutiles; l'hydrothérapie est peut-être plus nuisible encore; les bains thermaux tièdes peuvent, quand le séjour convient d'ailleurs au malade, lui donner un peu de calme. Il faut relever la nutrition, tantôt directement par une nourriture fortifiante, par le fer, l'huile de foie de morue, ou par une diète lactée, tantôt indirectement, en régularisant la digestion et le sommeil. On combattra tous les états de congestion (applications froides, sinapismes, rafraîchissants, sangsues, etc.); on surveillera les excrétions, on calmera l'agitation des nerfs, on rappellera le sommeil autant que possible (bains, opium, eau de laurier-cerise, digitale, etc.). Beaucoup de malades se trouvent très bien d'habiter dans un endroit calme où ils mènent un genre de vie tout à fait simple; enfin, suivant les circonstances, on prescrira l'exercice modéré ou le repos prolongé, ou même le séjour constant au lit.

§ 228. — Alors même que la folie débute d'une façon très violente, on ne se laissera pas aller, par la seule considération de l'intensité des symptômes actuels, à faire un usage peu réfléchi de moyens qui peuvent avoir une influence fâcheuse sur la marche ultérieure de la maladie (saignées abondantes, tartre stibié à haute dose, etc.). On se contentera d'isoler complétement l'individu qui ne peut plus vivre dans le monde.

On épargnera aux mélancoliques des questions trop nombreuses, on leur parlera le moins possible de leur état et jamais du sujet de leur délire; il ne faut pas les laisser trop se plaindre, et peut-être vaut-il

mieux leur parler d'une façon un peu sèche ou même avec l'apparence d'une certaine sévérité, que de leur adresser des paroles de consolation. Les malades vigoureux se lèveront régulièrement, travailleront un peu, se promèneront, etc., mais ceux qui sont faibles (particulièrement les femmes) et ceux chez qui l'action du cœur est peu énergique, qui ont la peau sèche et fraîche, se trouvent bien d'un repos prolongé dans le lit; on satisfera à leurs petits besoins, on ira au-devant des pensées saines, et l'on ne résistera au malade que quand il reviendra à ses idées et à ses penchants morbides. Dans les accès de grande anxiété, surtout dans la forme agitée de la mélancolie, on ne doit jamais employer la répression active; on remédie bien mieux à l'agitation en faisant faire au malade de l'exercice en plein air, en lui donnant des bains, etc. Dans ces cas, les médicaments que l'on emploie contre le catarrhe intestinal, ou bien l'émétique, trouvent parfois leur application; plus souvent, ce sont les laxatifs doux, les amers, etc.; dans beaucoup de cas, la digitale, les toniques, la quinine, exceptionnellement un peu de vin, mais surtout l'opium à hautes doses, sont indiqués; dans la mélancolie avec stupeur, les drastiques, les vésicatoires et les frictions stibiées sont souvent utiles; enfin, on relèvera les forces par une bonne alimentation.

Dans la manie, il est tout à fait indispensable d'arracher le malade à son entourage. Le maniaque, qui a oublié toutes les considérations d'ordre de la vie normale et qui peut devenir très dangereux; le monomaniaque, qui s'irrite dès qu'il trouve de la résistance, ne peuvent être supportés que dans un asile d'aliénés; ce n'est que là qu'ils peuvent être guéris. Rien n'est plus nuisible aux maniaques que le libre mouvement dans le monde, qui augmente leur agitation, tandis que le calme et le repos de l'asile, l'impossibilité où ils sont d'agir, exercent sur eux une action favorable. Dans les asiles, les malades très agités ont généralement besoin d'être isolés, au moins temporairement, quelques-uns ont besoin d'un repos et d'un calme absolus; rarement est-il nécessaire de les mettre dans l'obscurité; d'autres se calment plus vite quand on les laisse donner un libre cours à l'explosion de leurs sentiments dans de grandes pièces où ils ne peuvent pas se blesser. D'ailleurs on ne doit pas plus opposer à cette agitation extrême les moyens de violence, que des exhortations ou des conseils. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de ne pas avoir l'air de s'apercevoir que le malade parle ou crie, et de diminuer, soit par une diversion morale, soit par l'isolement, les explosions d'agitation dangereuse ou qui peuvent devenir la source d'une nouvelle excitation intérieure : quand on veut isoler un malade, il faut le faire promptement, sans trop de paroles et sans lutte. On doit accorder aux malades le possible, mais on ne tiendra aucun compte des demandes extravagantes et l'on s'y montrera tout à fait inaccessible. Dans quelques cas cependant,

quand, par exemple, on aura lieu de supposer, d'après des accès antérieurs, que ces désirs ne sont que passagers, il est souvent meilleur de les satisfaire même sans nécessité. Mais les malades entêtés, qui font de la résistance, doivent à tout prix être domptés; la complaisance ne fait qu'augmenter leurs prétentions et leur fait croire qu'ils imposent au médecin. Quand le malade est encore en état de réfléchir un peu, on peut lui dire qu'il est malade, et l'on peut lui faire voir combien ses actes et ses impulsions sont déraisonnables; toutes les fois que le malade le peut, on l'obligera à une tenue convenable et, plus tard, à quelque peu de travail. — On fera beaucoup boire ces malades, et on leur prescrira des bains tièdes; suivant les circonstances, on leur appliquera des sangsues, des ventouses; à l'intérieur, on donnera la digitale, des rafraîchissants; au besoin, des lavements légèrement laxatifs, rarement (sauf dans le delirium tremens) des narcotiques. Les irritants cutanés sont rarement bons pour les malades exaltés. Mais on se souviendra qu'il ne faut pas, dans le traitement des agités, dépasser le but qu'on se propose; il faut arriver à calmer l'agitation, mais il faut aussi entretenir la nutrition autant que possible.

Il n'existe pas, quoi qu'on en ait pu dire, de spécifique de la folie puerpérale. On doit la traiter dans chaque cas suivant la forme qu'elle présente. Le point capital est toujours de savoir s'il n'existe pas en même temps une autre maladie puerpérale contre laquelle on dirigerait le traitement, Quand il n'en existe aucune, et que l'affection cérébrale est essentielle, on proscrira les moyens violents, les émissions sanguines, les drastiques, les irritants cutanés; loin de là, on donnera une bonne nourriture, on entretiendra la liberté du ventre par des moyens doux, on calmera les malades par des bains et de l'opium. Lorsqu'il y aura anémie profonde, on pourra donner de petites quantités de spiritueux; dans d'autres cas, la digitale, le camphre, la quinine, etc., seront utiles. — Les mêmes remarques s'appliquent au traitement de la manie hystérique. — Dans le délire aigu, les affusions froides et les bains tièdes paraissent agir d'une manière favorable; on veillera attentivement dans cette forme à entretenir la nutrition.

Il est difficile de tracer d'une manière précise la conduite à tenir dans les formes dégénérées de mélancolie et de manie chronique, qui se terminent par la folie systématisée; chaque cas réclame un traitement différent, et jamais on ne doit renoncer trop vite au traitement physique et moral. On surveillera avec le plus grand soin les divers changements qui peuvent se produire dans la santé physique, et qui parfois exercent une influence favorable sur la folie. Mais le point capital, c'est de réveiller la spontanéité du malade; on y arrive quelquefois encore en changeant complétement toutes les conditions extérieures au milieu desquelles il se

trouve, par exemple en le plaçant dans un autre asile, ou en le renvoyant chez lui à titre d'essai. On a dit qu'on pouvait également obtenir ce résultat en refoulant violemment toutes les manifestations morbides qu'exprime le malade, et en cherchant à le ramener de force à des actes et à des pensées saines ; mais les faits n'ont pas confirmé cette opinion.

Dans la folie systématisée et dans la démence, il ne s'agit que d'empêcher le malade de tomber dans un état plus complet de dégradation physique et morale, en le faisant un peu travailler, en veillant scrupuleusement aux soins de propreté; on cherchera enfin à lui rendre l'existence aussi douce que possible, en le traitant avec bienveillance, et en lui donnant toutes les jouissances que son état permet de lui accorder.

Contre la démence paralytique, la thérapeutique est tout à fait désarmée. Cependant quelques auteurs disent avoir obtenu de petits résultats de cautérisation actuelle, ou de l'emploi méthodique et prolongé de ventouses sèches ou légèrement scarifiées appliquées à la nuque, d'un régime sévère (diète lactée), de remèdes évacuants, de l'iodure et du bromure de potassium, des acides minéraux. Quand la maladie est plus avancée, la propreté la plus rigoureuse, un régime fortifiant et bien choisi, consistant vers la fin en aliments mous ou demi-liquides ; avant tout le bon air, et tous les soins qui conviennent aux petits enfants : tels sont les moyens qui peuvent encore prolonger la vie de ces malheureux et la leur rendre supportable.

Le traitement des divers états d'idiotie congénitale ou survenue dans le jeune âge, quand on veut arriver à les guérir complétement (ce qui est extrêmement rare) ou seulement à les améliorer, doit être commencé dès la première enfance ; quant aux idiots et aux crétins adultes, on ne peut que les soigner et les surveiller. —Pour obtenir un résultat sérieux, il faut toujours commencer le traitement aussitôt que possible; en instituant un traitement actif et convenable dès la seconde ou la troisième année de la vie, on peut souvent obtenir beaucoup plus qu'on ne le pense généralement. La première chose à faire à cet âge, ce serait de soustraire l'enfant aux influences fâcheuses au milieu desquelles il se trouve (quand il existe des causes miasmatiques, on le transportera dans un lieu sain ; il n'est pas nécessaire que ce soit sur de hautes montagnes), puis on le soignera d'une façon convenable; on tâchera de fortifier l'état général, et d'exciter doucement, progressivement et d'une façon méthodique les sens et les facultés affectives de l'enfant; les cas spéciaux (syphilis, rachitisme, etc.) exigent un traitement spécial; on traitera l'épilepsie suivant les causes qui l'ont produite, puis par l'atropine et l'oxyde blanc de zinc, etc. Mais le plus souvent, on ne commence à traiter

ces enfants, dans les asiles par exemple, que beaucoup plus tard, à une époque où il ne peut plus s'agir d'autre chose que de régulariser, s'il est encore possible, le fonctionnement des débris des facultés mentales que l'enfant possède encore, et c'est là le rôle de l'éducation : quant à ce qui est de guérir ou seulement d'améliorer l'état pathologique du cerveau, il n'en est plus désormais question. Cependant l'expérience nous apprend que, même à un âge plus avancé (de cinq à dix ans) l'éducation peut encore avoir une certaine influence, à la condition que la santé générale soit bonne. Il faut donc s'efforcer par tous les moyens de fortifier la constitution, de relever la nutrition, de donner au malade le sentiment du bien-être physique (régime tonique, exercice au grand air, bains, lotions froides, au besoin, huile de foie de morue, fer, etc.). C'est bien moins par l'enseignement méthodique (lecture, etc.), qui excite facilement le cerveau, que l'on arrive à éveiller l'attention chez ces individus, qu'en les occupant à des choses faciles, en leur faisant des contes simples; c'est par des exercices pratiques bien réglés, par des jeux, que l'on rend chez eux les impressions sensorielles plus correctes, que l'on développe leur jugement, très simple, il est vrai. A quoi sert de s'évertuer à faire l'éducation de ces jeunes idiots qui savent l'*a b c*, mais que le plus petit obstacle déroute tout de suite! Ce qu'il y aurait de mieux à faire, le plus souvent, ce serait de les occuper aux travaux des champs; mais cela est très difficile à obtenir. Chez quelques-uns, la musique agit d'une manière favorable; on arrive quelquefois même dans des cas graves à améliorer certaines faces de la vie psychique, en répétant la même chose un grand nombre de fois à ces individus; mais la force et la violence ne servent à rien chez ces pauvres enfants : on obtient bien plus par la douceur et la bienveillance. La socialité dans un asile est très favorable pour beaucoup d'entre eux.

J'ai dû me borner à ce petit nombre d'aphorismes, renvoyant, pour plus de détails, aux ouvrages de MM. Voisin et Rösch, Erlenmeyer, Georgens et Deinhardt.

§ 229. — Quand il existe des hallucinations, on explorera avec beaucoup de soin le sens qui en est le siége ; on nettoiera les oreilles par des injections, et l'on essayera de faire tomber l'irritation des sens par des sangsues, des dérivations sur la peau, le datura stramonium, etc.

Quand le malade refuse de manger, on examinera soigneusement la cavité buccale, parce que cela tient quelquefois à une inflammation de la muqueuse, à une angine, etc. ; quand il n'existe rien de semblable, on cherchera à le faire renoncer à son idée, non par des paroles et des raisonnements, mais en lui présentant des aliments choisis et en le plaçant au milieu de personnes qui mangent. Si l'on ne réussit pas encore ainsi, après avoir un instant exhorté le malade, on procédera à l'alimentation

artificielle, on le forcera à avaler les aliments en lui pinçant le nez, ou, s'il résiste, on emploiera la sonde œsophagienne. Quand le refus de nourriture aura été prolongé, on ne donnera pas au malade des boissons excitantes, comme du vin, etc., mais bien du lait, du bouillon, etc.

Depuis la première édition de cet ouvrage, on a fait de nombreuses expériences sur les méthodes à employer chez les aliénés qui refusent de manger; toutes en reviennent à préconiser l'alimentation artificielle, sans perdre son temps à donner aux malades toutes sortes de médicaments (même des préparations de cuivre!) et des douches. On a construit une foule d'instruments plus ou moins compliqués pour l'alimentation artificielle, comme la sonde doublée de baudruche de M. Leuret, l'instrument de M. Belhomme (1850), de M. Baillarger, de M. Blanche, etc. Ce qu'il y a de meilleur encore, c'est une simple sonde élastique introduite par le nez; on donne au malade une position oblique, la tête fixée et un peu penchée vers la poitrine au moment où l'on introduit la sonde. On injecte par cette sonde des liquides filtrés tièdes, du lait, du bouillon, des potages clairs, peu à la fois, puis un peu d'eau. On peut y ajouter des lavements de bouillon fort, ou bien des jus de viande additionnés de pepsine. On a rapporté des cas dans lesquels on a eu pendant très longtemps recours à la sonde œsophagienne (Zelaschi a nourri ainsi un mélancoliqve à Turin pendant deux ans et cinquante jours, et Bell, en Amérique, a nourri un malade pendant deux ans). — Si l'on ne veut pas introduire la sonde, on peut simplement faire couler des aliments liquides par le nez, sans même recourir à une seringue. — On a essayé à Vienne une méthode spéciale, c'était d'ouvrir la bouche des malades à l'aide de l'électricité, de manière à leur donner des aliments solides. — Chez les malades très agités, on peut administrer du chloroforme, et pendant leur sommeil on leur injecte des aliments dans l'estomac (1).

(1) De toutes les méthodes préconisées pour l'alimentation forcée des aliénés, la plus simple est sans contredit l'introduction de la sonde œsophagienne par les fosses nasales. Chez les malades qui n'opposent aucune résistance, une sonde ordinaire suffit le plus souvent. On doit la choisir de petit volume, assez molle et assez flexible pour qu'elle se recourbe facilement contre la paroi postérieure du pharynx. Une fois cet obstacle franchi, si l'on est arrêté par la base de la langue, on arrivera presque toujours en retirant un peu la sonde et lui imprimant un mouvement de torsion en même temps qu'on la pousse de nouveau. Rien de plus simple et de plus facile chez les malades assez nombreux qui se prêtent à l'opération et dont quelques-uns, comme j'en ai vu, vont même jusqu'à aider aux apprêts qu'elle nécessite.

Il en est tout autrement lorsque l'aliéné oppose une violente résistance, qu'il se débat et qu'on est obligé de le faire maintenir ; alors on échoue assez souvent avec une sonde ordinaire. C'est ce qui m'est arrivé il y a quelques jours encore avec M. le docteur Cerise. Il nous fut impossible de passer la sonde chez une dame qui depuis

Le penchant à la masturbation est extrêmement difficile à supprimer radicalement, et cependant il constitue un puissant obstacle à la guérison. Les moyens mécaniques qu'on lui oppose atteignent rarement leur but; ce qui vaut le mieux, c'est de surveiller attentivement les malades, de ne

quatre jours refusait toute nourriture. C'est dans les cas de ce genre que j'ai recours à la sonde à double mandrin, décrite dans mon mémoire sur l'alimentation forcée. La sonde ordinaire peut d'ailleurs devenir dangereuse chez les malades qui luttent avec force, et j'ai rapporté un cas promptement suivi de mort par suite de la perforation de la muqueuse du pharynx.

Quant aux injections faites dans la trachée-artère et dont la mort a aussi quelquefois été la conséquence, elles peuvent, je crois, toujours être évitées, quelque sonde qu'on emploie. Il suffit pour cela d'observer le malade après l'introduction de l'instrument, de fermer l'orifice de la sonde pendant quelques instants, enfin de commencer par injecter une très petite quantité de liquide et de s'arrêter, etc.

Voici d'ailleurs la description de la sonde à double mandrin : j'emploie cette sonde depuis vingt ans sans avoir échoué une seule fois ni éprouvé aucun accident.

Elle est longue de 40 centimètres, et diffère des sondes œsophagiennes ordinaires par son volume beaucoup moindre et par son extrême flexibilité; il suffit qu'elle ait un seul œil à 5 ou 6 centimètres de l'extrémité.

On introduit dans le pavillon un ajutage métallique qui porte latéralement deux petites branches ; chacune de ces branches est formée elle-même de deux lames entre lesquelles sont maintenues d'un côté l'extrémité recourbée du mandrin en fer et de l'autre celle du mandrin de baleine.

Le mandrin de fer doit être très petit et très flexible, mais assez fort cependant pour maintenir recourbé le mandrin de baleine.

Les deux mandrins introduits sont fixés aux deux branches de l'ajutage métallique ; puis on recourbe la sonde à son extrémité, pour franchir les fosses nasales sans arc-bouter contre la paroi du pharynx. Après ce premier temps de l'opération on fait retirer le mandrin de fer par un aide, et on la termine avec le mandrin de baleine qui se redresse et dans tous les cas empêche la sonde de se recourber sur la base de la langue. Si l'on est arrêté par celle-ci, il suffit d'imprimer à la sonde un mouvement de torsion pour pénétrer dans l'œsophage.

Le grand avantage du mandrin de baleine, c'est de donner à une sonde très petite et très molle une résistance assez forte, sans cela cette sonde se replierait sur elle-même au moindre obstacle, sans que l'opérateur en ait conscience; elle remplirait alors le haut du pharynx, et quelquefois même son extrémité pénétrerait dans la bouche.

En résumé, la sonde simple et sans mandrin suffit dans beaucoup de cas, mais chez les malades qui opposent de la résistance, l'emploi de la sonde à double mandrin devient le plus souvent nécessaire. Non-seulement elle permet, dans tous les cas, d'alimenter régulièrement les malades, mais encore elle rend l'opération plus facile et moins dangereuse. (Voyez, pour plus de détails, les *Recherches sur les maladies mentales*, p. 303.)

(B.)

jamais les laisser seuls, de les fatiguer par le travail et la promenade, de leur donner une alimentation légère, des bains tièdes, un lit dur. Souvent, cette habitude est due à des causes que l'on doit combattre par des moyens médicaux : ainsi, on cherchera à détruire les ascarides; les médicaments iodés réussissent quelquefois et sont indiqués dans les cas où l'excitation sexuelle est produite par une irritation chronique ou une inflammation de l'urèthre; on emploie fréquemment aussi la lupuline et le bromure de potassium.

Les malades qui ont un penchant au suicide doivent être l'objet d'une surveillance très active : rarement on trouvera l'indication d'un traitement médical; on se bornera le plus souvent à les surveiller d'une façon constante, on ne leur laissera sous la main ni outils, ni corde; cette surveillance sera d'autant plus rigoureuse, que ces malades font preuve d'une ruse inouïe et qu'il leur suffit d'un instant pour mettre leur projet à exécution en présence même de leurs gardiens : par exemple, ils s'étranglent dans leur lit, etc. L'expérience a prouvé que les moyens mécaniques de contention ne diminuent en rien le penchant au suicide, bien qu'ils suffisent pour en rendre l'accomplissement impossible; cependant cela n'a rien d'absolu, car j'ai vu un malade qui s'est étranglé ayant la camisole de force.

Devant un malade dangereux ou armé, il faut faire preuve de calme et de sang-froid; on y est aidé par ce fait que le malade cache souvent sous son agitation furieuse un sentiment d'anxiété, et conserve encore un peu le discernement du juste et de l'injuste. On tâchera de le désarmer plutôt par la ruse que par la force, et l'on cite des cas où une femme adroite a pu arracher en jouant le couteau de la main d'un homme en fureur.

Un jeune homme qui avait été très tranquille pendant plusieurs mois, fut pris tout à coup d'un accès de fureur. Il se précipita dans la cuisine et s'empara d'un instrument à hacher les légumes. Il résista aux personnes qui voulaient le saisir et s'élança sur une table, menaçant de frapper à la tête quiconque oserait s'approcher de lui. La domestique les réprimanda de ce qu'ils voulaient empêcher le malade de travailler avec elle; puis, s'adressant à lui avec douceur, elle lui dit de venir à côté d'elle, pour lui montrer comment il devait se servir de l'instrument qu'il tenait à la main. Aussitôt on s'empara de lui, et, après l'avoir désarmé, on le plaça en un lieu sûr (Reil).

Quelques malades étant au jardin se querellèrent; l'un d'eux saisit un couteau et menaçait d'en frapper ses camarades. Madame Ellis arrive, et lui dit qu'elle s'étonne de voir un homme aussi fort et aussi intelligent que lui s'oublier au point de se quereller avec un malade qu'il sait être fou depuis plusieurs années. Ces paroles réveillèrent son amour-propre : « Vous

avez raison, lui répondit-il, je ne ferai plus attention à cet homme. » Et aussitôt il redevint parfaitement calme. (Ellis, p. 311).

Un homme très fort et très violent avait trouvé l'occasion de s'emparer d'une barre de fer longue de trois pieds, et il menaçait de tuer quiconque s'approcherait de lui. Les gardiens et les malades se retirèrent tous, et il resta seul dans la galerie. Au bout d'un moment j'entrai tout seul, balançant mon trousseau de clefs sur le dos de ma main; je m'avançai lentement tout près de lui, et je vis qu'il cherchait à voir ce que je tenais à la main et qui attirait son attention. Il vint alors à moi et me demanda ce que je faisais ; je lui répondis que je m'amusais à balancer mes clefs et qu'il ne pourrait pas en faire autant avec son morceau de fer. Aussitôt il essaya de le faire; il avança la main et plaça dessus le morceau de fer; aussitôt je le pris tout doucement, sans lui faire la moindre observation. Bien qu'il semblât lui être désagréable de se trouver ainsi désarmé, il ne fit aucune tentative pour reprendre son arme, et quelques instants après il était calmé. (Ellis, *ibid.*)

§ 230. — La convalescence exige encore beaucoup de ménagements et de soins. L'individu guéri reste souvent longtemps encore avec un caractère très faible et irritable ; souvent les derniers restes de ses idées fausses ne disparaissent que tardivement, et il est encore besoin de prolonger longtemps le traitement physique. Aussi n'est-ce que quand la double guérison physique et morale est bien consolidée, c'est-à-dire quelques mois après le début de la convalescence, qu'on peut laisser le malade sortir de l'asile, et encore sa sortie n'est-elle, comme cela se fait à présent dans un assez grand nombre d'établissements publics, que provisoire et à titre d'essai, de manière qu'on puisse immédiatement réintégrer le malade dès que la rechute est imminente ou déjà effectuée.

Si pendant la convalescence il survient un grand relâchement des forces, on ne le combattra pas par les excitants; on veillera à ce que le malade jouisse d'un grand calme, qu'il ait un régime convenable, qu'il fasse de l'exercice au grand air, et qu'il reprenne peu à peu son initiative personnelle. Du reste, on lui accordera un peu plus de liberté, et on lui permettra de voir du monde à mesure qu'il y trouvera du plaisir et que cela lui sera possible. On lui fera prendre une occupation convenable, on le placera dans un entourage gai ; on lui épargnera toutes les émotions, ou bien on les lui ménagera avec soin ; on lui fera connaître peu à peu sa maladie, on lui apprendra à se servir de ses forces; enfin on relèvera son courage et sa confiance, en lui montrant l'exemple de malades guéris, et en lui donnant les consolations de la guérison. On devra également lui donner des conseils pour l'avenir ; on lui tracera sa conduite, ce qu'il devra faire pour éviter tout ce qui pourrait amener une rechute. Dans certains cas, les distractions, les voyages, les excursions aux eaux

sont indiqués; d'autres malades ne retrouvent complétement la santé qu'en retournant dans leur famille et à leurs occupations. Il y en a enfin qui rentrent chez eux plus raisonnables qu'ils ne l'avaient jamais été; heureux si l'on pouvait éloigner de ces individus si bien guéris et maintenant si forts les conditions fâcheuses qui jadis pesaient sur eux, si l'on pouvait leur épargner la froideur de leur entourage et le mépris des méchants !

CHAPITRE V.

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

§ 231. — Jadis on ignorait que l'on pût traiter et guérir les aliénés en grand. Dans le seul but d'éviter les dangers qu'ils présentaient pour l'ordre public, on les enfermait, soit dans des hôpitaux, soit dans des maisons de correction, le plus souvent dans les endroits les plus cachés et les plus malsains. On ne songeait pas à les traiter comme des malades, et, croyant qu'ils étaient doués d'une force physique énorme, on cherchait à les rendre inoffensifs en les maintenant par des moyens barbares. Placés derrière des barreaux épais ou des grilles de fer, souvent en outre chargés de chaînes, on les laissait dans la détresse et dans la saleté; battus et martyrisés, ils finissaient par n'avoir plus rien d'humain : le malheureux qui mettait le pied sur le seuil de ces maisons pouvait désormais être considéré comme perdu pour toujours. Tel était le sort des aliénés dans certains pays, il n'y a pas longtemps encore : en 1833 et 1834, il y avait encore dans quelques villes de province, en France, des aliénés enfermés dans des cages, et dans quelques asiles anglais on trouvait à la même époque des séries entières de malades enchaînés !

Ce n'est que vers le milieu du siècle dernier qu'eut lieu l'érection du premier asile construit expressément et uniquement pour le traitement des aliénés, Saint-Luc, à Londres, qui resta longtemps le seul exemple d'un retour à des sentiments plus humains pour les aliénés. Bientôt après s'éleva l'asile des Quakers aliénés, à York; sur le continent, c'est Pinel qui le premier s'occupa d'améliorer le sort des aliénés. Poussé par les grandes idées humanitaires de son temps, il poursuivit pendant les jours orageux de la révolution, et au péril même de sa vie, aux portes mêmes de Paris, à Bicêtre, ses grandes réformes, dont la première fut de délivrer les aliénés de leurs chaînes. Les efforts de Pinel donnèrent l'exemple et amenèrent bientôt un changement total dans le traitement des aliénés. Pour l'Allemagne, c'est surtout à Langermann (au commencement de ce siècle) que revient l'honneur de ces réformes; mais déjà l'opinion des

médecins était tellement modifiée, on reconnaissait si bien la curabilité de la folie et la nécessité de la traiter, que Langermann pût dès le début procéder à l'érection d'établissements pour les cas aigus, et d'autres établissements tout à fait séparés pour les malades incurables. Le premier asile allemand dans lequel les idées nouvelles aient été mises en pratique, fut celui de Sonnenstein en Saxe, dirigé par Pienitz; puis vinrent Waldheim et Colditz. Ces premières tentatives dans la construction des asiles furent bientôt suivies en Allemagne de l'érection ou de la transformation complète des asiles publics de Schleswig (1820), Siegburg (1825), Heidelberg (1826), Prague (1826), Hildesheim (1827), Leubus en Silésie (1830), Hall en Tyrol (1830), Sachsenberg en Mecklenburg-Schwerin (1830), Winnenthal et Zwiefalten en Würtemberg (1834), Marsberg en Westphalie (1835), Illenau dans le duché de Bade (1842), Halle (1844), Erlangen (1846), Eichberg, dans le Nassau (1849). On a également construit un grand nombre d'asiles plus petits ou moins connus, et partout aujourd'hui on trouve dans les pays civilisés des asiles bien organisés pour le traitement de la folie. Nous citerons principalement, pour l'Allemagne, les établissements suivants, élevés depuis une dizaine d'années: l'asile de Vienne (1853), Werneck en Franconie (1855), Klingenmünster, dans le Palatinat (1858), celui de Munich (1859).

L'organisation de ces nombreux asiles depuis une quarantaine d'années a réellement fait faire à la thérapeutique des maladies mentales des progrès extraordinaires. Ainsi, en Allemagne, à une époque où, en fait de théorie de l'aliénation, on en était encore à des discussions abstraites, sous le rapport de la pratique, on en était déjà arrivé à d'excellents résultats par le fait même de la création des asiles; sous ce rapport, les travaux de Jakobi, qui transplanta en Allemagne les améliorations expérimentées en Angleterre, exercèrent une grande influence. Il est vrai que bientôt le pédantisme s'empara de toutes ces questions pratiques, pour débattre les mille détails de l'organisation des asiles, comme s'il se fût agi de questions vitales, s'emparant des moindres bagatelles, au lieu de s'occuper des points les plus importants de la psychiatrie; mais il faut être indulgent pour toutes ces minuties que la nouveauté du sujet pouvait excuser, et l'on ne peut qu'admirer les immenses résultats auxquels on est enfin arrivé. Ce qui ne veut pas dire que, même en Allemagne, il ne reste plus rien à faire pour améliorer le sort des aliénés; nous trouvons un exemple du contraire dans le récit que donne Willing d'un voyage qu'il fit en 1856 (*Zeitschr. für Psych.*, XIII, p. 84) : « A ......, on » enferme les malades agités dans des cages; les cages pour les hommes » et celles pour les femmes sont à côté les unes des autres; on ne parle » aux malades qu'à travers les grilles. Les malades calmes, hommes et » femmes, sont pêle-mêle. »

§ 232. — Dès le commencement de ces réformes, on demeura bientôt persuadé, en Allemagne, que la première condition pour le succès du traitement, c'est de séparer les aliénés curables de ceux qui ne le sont pas. Dans le fait, le mélange des malades atteints de folie récente avec les aliénés incurables et épileptiques est très préjudiciable aux premiers, par suite de l'influence fâcheuse qu'exerce sur eux la vue de ces sujets profondément dégradés; de plus, le traitement et les soins qui conviennent à ces deux classes d'aliénés réclament une organisation de service qui diffère sous beaucoup de rapports pour les uns et pour les autres; aussi devra-t-on naturellement, dans les asiles où les malades se trouvent mélangés, évacuer peu à peu les malades incurables, de manière à faire de la place pour les cas récents et susceptibles de guérison. Tandis que dans certains asiles étrangers, à la Salpêtrière, par exemple, on a depuis longtemps déjà approprié différentes sections de l'établissement, les unes pour les cas chroniques, les autres pour ceux qui réclament un traitement actif; en Allemagne, comme aussi en Angleterre, on a adopté un autre principe, c'est d'élever des asiles spéciaux, complétement séparés, pour les cas de folie récente et pour les cas chroniques. Divers motifs ont amené l'érection de ces établissements actifs et de ces hospices d'aliénés. On voulait mettre en usage les nouvelles tentatives de réforme, toujours si coûteuses, d'abord pour une partie seulement des aliénés, ceux qui sont curables; on organisa donc pour eux des asiles entièrement neufs, tandis que les asiles anciens, qui paraissaient tout à fait insuffisants pour que l'on pût y placer des malades guérissables, furent transformés en hospices ou maisons de refuge. On comprit que l'organisation des asiles où l'on reçoit des incurables doit être essentiellement différente, sous certains rapports, de celle des établissements destinés au traitement des cas récents, puisque dans les premiers les malades restent généralement toute leur vie, tandis que, dans les autres, ils ne font qu'un séjour passager; enfin, c'est aussi dans le but d'apprendre au public que l'on peut guérir la folie, que l'on créa des hôpitaux actifs d'aliénés où l'on obtient des guérisons relativement fréquentes et rapides.

On eut tout lieu de se réjouir des résultats de ce système partout où l'on fit une juste répartition des malades entre les hôpitaux actifs et les asiles de malades chroniques, partout où ces deux genres d'établissements ont été également l'objet de la sollicitude des gouvernements, partout enfin où il y a eu pour tous deux une certaine unité dans l'administration supérieure; aussi, à notre connaissance, ce n'étaient pas de véritables inconvénients que pourrait présenter ce système relativement au traitement et aux soins que réclament les aliénés, qui faisaient plus tard révoquer en doute sa supériorité et réunir de nouveau les aliénés curables et incurables; il nous semble que ce sont plutôt des motifs exté-

rieurs qui ont principalement amené la proscription théorique de ce système et le retour dans la pratique à la réunion des deux catégories de malades.

§ 233. — Depuis une vingtaine d'années, on ne regarde plus comme convenables pour le traitement des aliénés que les asiles spéciaux récemment élevés *ad hoc;* aussi, dans beaucoup de pays, s'est-on effrayé de la dépense considérable que doit entraîner la construction de plusieurs grands établissements, la multiplicité des aménagements et l'augmentation du personnel médical. Mais, comme on ne pouvait pas revenir à l'ancien système, à mélanger les deux catégories d'aliénés, certains aliénistes, partant de ce principe qu'il est nécessaire de séparer les malades curables de ceux qui ne le sont pas, résolurent de réunir dans le même endroit deux asiles complétement indépendants, mais situés sur le même terrain, placés sous la même direction médicale et ayant des bâtiments et des installations servant aux deux asiles simultanément (église, communs, cuisine, bains, etc.).

Les arguments que l'on a invoqués en faveur de ce système sont les suivants : qu'il est moins dispendieux que les autres, puisque divers bâtiments, diverses installations servent aux deux asiles simultanément et n'ont pas besoin, par conséquent, d'être doubles; puisqu'un grand nombre de malades se trouvent ainsi réunis sous une même administration, ce qui demande un personnel moins considérable d'employés; et qu'enfin ces asiles peuvent suffire à leurs dépenses, à l'aide de leur propre production et du travail que font les aliénés, sans que l'État ait à leur donner une grosse subvention. On a dit encore qu'il est très difficile et très incertain de dire si tel malade est curable ou non; que dans ces asiles mixtes le malade est observé à toutes les périodes de sa maladie par le même médecin qui peut la suivre jusqu'à la fin; que l'admission des aliénés ne souffre plus aucun retard, puisque l'on n'a plus à hésiter dans le choix de l'asile qui leur convient; que ces asiles permettent de voir facilement quel est le nombre total des aliénés dans un pays ou dans une province; qu'il est toujours facile de faire repasser dans l'hôpital actif un malade que l'on avait d'abord considéré comme incurable, tandis que c'est toujours une affaire coûteuse d'envoyer un malade de l'hôpital actif dans un asile de chroniques, ce qui d'ailleurs semble très dur au malade et à ses parents, et que c'est à grand'peine si l'on peut, après cela, le faire revenir à l'hôpital actif, lorsque les symptômes s'améliorent un peu.

Mais, d'un autre côté, on pouvait répondre à ces arguments que les asiles, pour les cas chroniques, ne doivent pas, comme l'enfer de Dante, porter cette inscription : « *Lasciate ogni speranza* » (abandonnez toute espérance); que, bien qu'organisés pour recevoir des cas chroniques, anciens, on doit toujours y trouver, dans le personnel médical et dans

toutes leurs conditions extérieures, les moyens que réclament les cas, fort rares d'ailleurs, où l'on peut voir revenir quelques chances de guérison. C'est qu'en effet, même dans ces asiles de chroniques, un petit nombre de malades peuvent encore guérir, sans que cela soit un démenti pour l'hôpital actif; car si ces individus ont été évacués sur l'asile chronique, c'est simplement parce qu'on ne pouvait plus rien leur faire ailleurs, et qu'il pouvait être avantageux pour leur guérison de se trouver au milieu de conditions nouvelles. Zeller surtout a fait remarquer l'utilité que présente, pour certains individus, leur translation dans un autre asile. Le même auteur élevait encore les objections suivantes contre la réunion des diverses catégories d'aliénés : l'impossibilité où l'on est de suivre très-exactement chaque malade et de lui faire subir un traitement individuel quand un seul médecin est chargé de la direction d'un nombre trop considérable d'aliénés ; la nécessité où il se trouve de s'occuper d'une foule de questions administratives qui ne regardent pas directement ce service médical; les grandes difficultés que présente une organisation si complexe ; le danger qu'elle offre de négliger les malades incurables pour s'occuper d'un autre qui peut guérir, ce qui plaît davantage au médecin ; enfin, l'influence fâcheuse que peut avoir sur un sujet atteint de folie récente le spectacle d'un grand nombre de malades perdus sans espoir de guérison, ou même la conscience qu'il a du voisinage d'individus incurables.

Ce système dit d'asiles mixtes relatifs, moitié hôpital actif, moitié hospice pour les chroniques, comme Damerow l'avait institué, n'a été complétement mis en pratique que dans un très-petit nombre de pays (Illenau, Halle), et l'on peut dire qu'il est complétement abandonné aujourd'hui. En effet, la séparation des deux parties de ces asiles était toujours plus fictive que réelle; en somme, ce sont des établissements d'où l'on doit exclure régulièrement, à moins qu'ils ne soient construits dans des proportions énormes, un certain nombre de chroniques, savoir, les aliénés les plus mauvais parmi les incurables (idiots, épileptiques, infirmes, etc.). Si, au contraire, il n'y reste qu'un petit nombre d'incurables, choisis parmi les plus calmes, et qui sont encore capables de vivre en commun, pour ceux-là il n'est pas nécessaire d'avoir des bâtiments séparés, ni un asile spécial, isolé de l'hôpital actif; on peut, sans inconvénient, les laisser au milieu des malades atteints de folie récente et curable ; il y a même des médecins qui voient, dans la présence de ces malades incurables, et depuis longtemps habitués à la discipline de l'asile, un élément curatif excellent pour les malades récemment admis. C'est ainsi que dernièrement, dans un asile qui aurait présenté d'excellentes conditions pour un de ces asiles mixtes comme les comprenait Damerow, on a renoncé cependant à cette organisation, et l'on est revenu, ainsi

que dans plusieurs autres établissements d'Allemagne, et presque partout en France et en Angleterre, à mélanger les malades curables avec une certaine catégorie d'incurables.

Cela ne veut pas dire que l'on soit revenu au pêle-mêle de tous les aliénés, comme il existait jadis; mais on abandonne le principe de division basé sur la curabilité de la folie, qui longtemps, en Allemagne du moins, a servi de guide pour la construction des deux catégories d'asiles d'aliénés (principe qui, pour le dire en passant, était fondé sur des motifs sérieux). — Il me semble que, dans les hôpitaux actifs, cette réserve (qui paraît si utile) de malades habitués au séjour de l'asile se forme partout d'elle-même, car on sait que rien n'est plus difficile à obtenir dans les hôpitaux actifs qu'une évacuation régulière et prompte de tous les incurables; il en reste toujours quelques-uns qui séjournent là des années entières, bien que leur incurabilité soit constatée. Mais maintenant vaut-il mieux bâtir des asiles destinés à recevoir des aliénés curables mélangés avec un certain choix de malades incurables, plutôt que des asiles uniquement consacrés à des cas récents et susceptibles de guérison, et d'où l'on évacuera tous les malades non curables? C'est là une question que l'on ne peut pas résoudre d'une manière générale. La solution pratique de cette question dépend beaucoup, en effet, comme celle de tant d'autres, d'une foule de circonstances : par exemple, de la population totale du pays, du nombre d'aliénés qu'il renferme, de la possibilité d'utiliser des bâtiments déjà construits, des ressources pécuniaires dont on dispose, du but spécial que l'on se propose (par exemple, l'enseignement clinique); enfin, elle dépend beaucoup aussi du mode d'exécution et de l'esprit général que les personnes chargées de la direction de ces travaux impriment à l'œuvre dans son ensemble. En tout cas, il me semble qu'il serait prématuré de vouloir, quant à présent, rejeter d'une manière absolue le système des hôpitaux actifs proprement dits; seulement, si l'on accepte ce système de deux établissements d'aliénés tout à fait séparés, l'un pour les cas curables, l'autre pour les incurables, on devra disposer l'hospice des chroniques de manière qu'il puisse contenir une population au moins triple de celle de l'hôpital actif: la proportion doit être de 300 à 100. Généralement, ces asiles, pour les cas chroniques, peuvent et doivent être grands; pour les hôpitaux actifs, la première condition est de pouvoir promptement évacuer les malades reconnus incurables. Quand ces conditions se trouvent remplies, quand un hôpital d'aliénés ne renferme que des malades qui sont réellement en traitement actif, leur nombre ne devra jamais excéder 100, car c'est à peine si un seul médecin peut suivre exactement et traiter activement d'une manière sérieuse un chiffre aussi considérable d'aliénés.

Mais on peut, dans la construction d'un asile, admettre un système

que l'on bornera à une certaine partie des malades seulement. Le nombre sans cesse croissant des aliénés dans les asiles, signalé par les aliénistes actuels de tous les pays, et qui fait que toujours les calculs qui ont servi de base à la construction de ces établissements se trouvent déjoués, doit enfin trouver une limite. Cela est possible. D'abord, il est vrai, il faut que ces calculs soient justes (on prendra pour base le chiffre réel des aliénés d'un pays, en admettant que la moitié d'entre eux tout au plus a besoin d'entrer dans les asiles) ; ensuite on n'admettra dans les asiles pour les chroniques que les malades dangereux, ou les incurables, que l'on ne peut pas absolument garder dans les familles, ni soigner dans leurs communes (mais qui ne sont pas complétement inoffensifs). On ne fera au contraire aucune concession pour les malades incurables non dangereux, c'est aux familles et aux communes à les soigner, aucune concession ne doit leur être faite; et c'est à l'État de veiller à ce que ces soins soient suffisants et humains. On comprend aisément que les asiles entretenus par l'État ne doivent servir que pour les aliénés incurables de la classe pauvre. — Pour les malades curables, l'État doit toujours veiller à ce que les aliénés nécessiteux soient traités dans les hôpitaux actifs de fous; quant à ceux qui peuvent trouver avec leurs propres ressources tous les soins désirables dans les asiles privés, c'est encore une question de savoir si l'État a le devoir de construire des établissements pour eux. Le régime des asiles publics se trouverait considérablement simplifié ; il y aurait une réduction considérable à faire, si cette question était résolue par la négative, et il serait très-avantageux de n'avoir plus qu'à élever des asiles d'une organisation fort simple pour le traitement des aliénés pauvres susceptibles de guérison ou pour contenir ceux qui sont incurables. Mais dans l'état actuel des choses, il n'est pas encore possible d'opérer ces réductions radicales dans les asiles publics d'aliénés.

§ 234. — Si maintenant nous examinons les conditions générales que doit remplir un asile public, il faut d'abord qu'il soit d'un accès facile pour les malades, qu'on y reçoive sans difficulté les cas récents. On y arrivera, d'autre part, en modifiant les ordonnances actuelles de police médicale, en laissant de côté toutes les formalités inutiles et qui perdent du temps, en diminuant le prix d'admission et en recevant gratuitement les malheureux, enfin en inspirant au public de la confiance pour les asiles ; d'un autre côté, il faut que dans les grands pays les asiles soient plus disséminés et plus à la portée des malades. D'ailleurs les établissements d'aliénés doivent se recommander eux-mêmes par leur bonne organisation et par l'esprit qui y domine; non-seulement cette organisation et cet esprit doivent être en harmonie avec les idées d'humanité de notre époque, mais ils doivent — et cela est capital — être inspirés par des médecins éclairés.

Un asile d'aliénés n'est autre chose qu'un hôpital pour des individus atteints de maladies du cerveau ; il doit donc avoir le caractère (et cela est vrai surtout pour les asiles actifs) d'un hôpital, et non pas d'une école, d'une fabrique ou d'une prison. Cela veut dire que la direction des asiles doit être toujours entre les mains d'un médecin en chef dont les efforts concourent au bien de l'établissement, et, de plus, que les aliénistes doivent être de vrais médecins, et non des philosophes ou des moralistes s'occupant de médecine d'une manière accessoire, et qui ont besoin du secours d'un autre médecin pour examiner leurs malades.

La nature spéciale des maladies que l'on traite dans les asiles d'aliénés fait que non-seulement on doit trouver dans ces établissements tous les moyens dont dispose la médecine ordinaire (moyens pharmaceutiques, bains, etc.) ; ils doivent encore posséder des installations particulières pour que les malades ne puissent nuire ni à eux-mêmes ni aux autres, et pour qu'ils soient toujours accessibles au traitement médical, pour qu'ils y trouvent tout ce qui est nécessaire à leur guérison, des promenades, des endroits pour travailler, des moyens de distraction, etc. Chaque asile doit avoir le personnel nécessaire pour surveiller et servir les malades ; il doit contenir des endroits pour isoler ceux qui sont agités, des portions de terrain pour le travail des champs, des jardins, des promenoirs, enfin tout le matériel de travail.

Une autre condition que doivent remplir les asiles, c'est que les malades y soient convenablement distribués, d'abord suivant le sexe, puis suivant le genre de leur folie, non pas d'après la forme nosologique, mais d'après l'état de calme, de turbulence ou d'agitation dans lequel ils se trouvent; enfin, pour les malades qui sont calmes et qui vivent en commun, on tiendra compte de leur position et de leur éducation (ce qui n'a pas lieu quand il s'agit de les isoler). — On ne peut pas prendre la forme nosologique comme base de division des malades en catégories diverses, parce qu'en général les formes mentales sont mélangées et présentent une foule de transitions, parce que dans quelques-unes (mélancolie avec tendance au suicide) il serait dangereux de faire vivre les malades en commun ; enfin parce que les malades qui sont calmes, mélancoliques, maniaques ou atteints de folie systématisée, peuvent, ainsi que le démontre l'expérience journalière, vivre ensemble sans qu'il en résulte aucun inconvénient ; les déments seuls, et surtout les paralytiques, doivent être tout à fait séparés, on les soignera dans des endroits disposés exprès pour eux. En divisant les malades suivant leur tenue extérieure, on évitera de rendre le service et la surveillance difficiles. Il faut chez les hommes et chez les femmes quatre ou cinq sections : une pour les malades que l'on isole (toujours le moins longtemps possible, maniaques agités, malades bruyants ou très-malpropres) ; une (surtout dans les asiles

de chroniques) pour les paralytiques, les épileptiques, les déments profonds; deux pour les malades calmes; et enfin une pour les convalescents ou pour quelques malades que l'on veut maintenir longtemps dans un calme parfait. Dans quelques asiles, il y a encore d'autres sections pour les malades qui gardent le lit, et des bâtiments spéciaux pour les convalescents.

Dans quelques asiles des grandes villes, on a établi des sections pour les aliénés qui ont commis des crimes. Il y en a une de ce genre à Bicêtre, qui a tout à fait l'aspect d'une ménagerie. Dundrum, à Dublin, est un asile spécialement affecté à cette catégorie d'individus : il contient environ 100 malades; il y a également à Kœnigsberg un asile de ce genre; enfin, on en a récemment ouvert plusieurs en Amérique. D'ailleurs la plupart des criminels aliénés, ainsi que Delbrück l'a démontré, peuvent être plutôt laissés dans les maisons de correction que transférés dans les asiles d'aliénés.

La littérature médicale est très-riche en ouvrages sur les établissements d'aliénés. Je citerai seulement Zeller, article *Asiles d'aliénés*, dans l'*Encyclopédie* de Ersch et Gruber; Damerow, *Ueber die relative Verbindung*, etc. (Leipzig, 1840); Parchappe, *Des principes à suivre*, etc. (Paris, 1853); Guislain, *Leçons orales*, t. III.

§ 235. — Dans les divers pays où l'on a étudié les maladies mentales, on a cherché à remplir les indications que nous avons énumérées plus haut, en donnant aux constructions des dispositions différentes. Tandis que les asiles anglais représentent généralement des bâtiments imposants par leurs proportions, élevés, larges, agglomérés (1), aux formes extérieures riches et belles, dont l'intérieur, vaste et spacieux, bien pourvu de tout le nécessaire (chauffage, éclairage, installation des cuisines, etc.), offre, en même temps qu'un grand *comfort*, une certaine uniformité qui semble en harmonie avec le caractère un peu mécanique de la surveillance et du traitement, on a suivi au contraire des principes tout autres dans la construction et l'aménagement intérieur des asiles français. Les plans exécutés d'après les idées d'Esquirol consistaient en des maisons isolées, quadrangulaires, composées seulement d'un rez-de-chaussée contenant un certain nombre de chambres ou de cellules, un chauffoir, une chambre de travail, etc. ; autour d'elles règne une colonnade, et au milieu de l'espace qu'elles interceptent se trouve une pelouse de gazon. Plusieurs séries parallèles de carrés à un seul étage sont réunies par des colonnades, au bout desquelles se trouvent les communs, la chapelle, les laboratoires, les bains, etc. Ce système de bâtiments divisés présente de

(1) Hanwell, dans le voisinage de Londres, contient 1000 à 1100 aliénés; Colney-Hatch, plus de 1200!

nombreux inconvénients : il exige beaucoup de terrain, il est donc très-dispendieux; il rend la surveillance très-difficile. Dans la construction des asiles nouveaux, en France, on s'est assez éloigné des idées d'Esquirol.

En Allemagne, on a cherché à prendre ce qu'il y a de bon dans ces deux systèmes, mais en général les asiles allemands se rapprochent beaucoup plus, sous le rapport de leurs constructions, du système anglais que de celui d'Esquirol. Les nouveaux asiles sont ainsi distribués. Au centre se trouvent quelques bâtiments de deux ou trois étages, dans lesquels sont réunis les parloirs, les bureaux, la chapelle, la cuisine, la buanderie, les magasins, les logements des employés; de chaque côté, part une aile à deux étages, droite ou faisant retour, contenant les différentes sections de convalescents, de pensionnaires, de malades tranquilles de la classe moyenne ou inférieure, ainsi que les gardiens qui leur sont nécessaires, les bains, etc. A l'extrémité de ces ailes se trouvent de petits bâtiments à un seul étage, aussi éloignés que possible du centre, comme on le voit, qui renferment les cellules pour les malades agités que l'on isole. Chaque division de l'établissement a son jardin ou son promenoir spécial; on veillera à ce que les escaliers, les portes, les fenêtres, soient d'une solidité parfaite, munis de mécanismes simples et présentant des garanties suffisantes pour éviter les accidents. Quant à l'aménagement intérieur des pièces où se tiennent les malades pendant le jour, ainsi que des dortoirs, il est des plus simples et approprié aux catégories de malades calmes ou agités; pour ces derniers, il est extrêmement solide; enfin, il est plus riche et plus confortable pour les individus des classes élevées.

La loi fondamentale qui doit présider à la création d'un asile d'aliénés, et de laquelle il est très-rare que l'on ne s'écarte pas, c'est que l'aménagement intérieur dans son ensemble doit, autant que le permet la destination spéciale de l'établissement, différer aussi peu que possible de celui d'une grande maison particulière, d'une habitation ordinaire. Aussi doit-on rejeter tous les plans qui, dans leurs formes insolites et bizarres (tours, clochers, etc.) indiquent déjà quelque chose d'extraordinaire dans la destination des bâtiments; il en est de même des cellules qui rappelleraient une prison; on évitera également un luxe inutile de péristyles élevés, de colonnades, etc. L'asile, dans son ensemble, doit donner au spectateur l'idée du but que doit remplir l'établissement, on doit voir que c'est un établissement médical; il doit inspirer confiance par sa solidité, sa disposition; il faut que son aspect frappe agréablement la vue, sans luxe inutile; enfin, on veillera à ce qu'il soit toujours irréprochable sous le rapport de la salubrité.

Les asiles doivent toujours être placés dans un pays sain, et autant que possible dans une belle position naturelle. S'il se peut, ils seront dans le voisinage d'une petite ville, qui leur fournira tous les objets dont ils pour-

ront avoir besoin, et dont les habitants pourront entretenir avec eux quelques relations. Les grandes villes doivent également avoir dans leur voisinage un asile d'aliénés, et les asiles de cette catégorie présentent cet avantage sur les autres, qu'ils sont toujours fournis de cas récents de folie; mais jamais un asile ne doit être élevé en dedans des murs d'une ville. L'asile doit être entouré de terrains lui appartenant; il sera clos de murs, et ce sera une bonne chose quand le sol pourra, dans certains points, être plus élevé que les murs extérieurs; quand cela sera possible, il devra posséder des sources d'eau courante, afin de fournir abondamment au service des bains, de la buanderie, et au besoin, pour que les malades puissent prendre des bains froids. Les jardins seront vastes, agréables, et seront pourvus d'une gymnastique, d'un jeu de quilles, etc.

Dans les asiles spécialement destinés aux cas chroniques, il y aura en outre de grandes salles de travail où les malades, surtout en hiver, s'occuperont à divers travaux, et où l'on pourra produire bien des choses qui sont nécessaires à l'établissement. D'ailleurs, on y établira les divisions dont nous avons parlé plus haut, pour les malades tranquilles, agités, etc., pour les individus des classes élevées de la société, etc., mais ils seront toujours simples; enfin, les rez-de-chaussée devront être plus vastes, en raison du plus grand nombre de paralytiques et de malades malpropres, etc.

Dans les asiles d'idiots, il y a aussi à distinguer ceux qui sont destinés au traitement de ces malheureux, et ceux où on leur donne simplement des soins comme aux malades chroniques et incurables. Les hôpitaux où l'on traite les idiots ont été, depuis l'entreprise faite par Guggenbühl à Abendberg (1841), l'objet d'une foule d'études et de tentatives; d'après la nature même de l'affection qu'on y traite, ils sont destinés à l'enfance, et sont plutôt, par conséquent, des maisons d'éducation que des établissements de malades. Depuis une trentaine d'années, MM. Ferrus, Séguin et Voisin avaient donné une impulsion considérable aux efforts tentés pour l'éducation et le traitement des idiots, et déjà, en 1835, un ecclésiastique avait fondé à Wildberg, en Wurtemberg, un petit établissement pour l'éducation des enfants idiots. Après la création d'Abendberg vient celle de Mariaberg (fondée par Rosch, 1847), de Winterbach (également en Wurtemberg, 1852), d'Ecksberg, en Bavière (1853), d'Hubertusburg en Saxe (1852), de deux asiles à Berlin, un asile à Vienne, un à Coblenz, une école d'idiots à Haag (1855), et une foule d'autres établissements plus petits ou moins connus; mais tous ces asiles ont été dépassés de beaucoup par celui d'Earlswood, dans le voisinage de Londres (1857).

Nous n'avons pas à entrer ici dans tous les détails relatifs à la construction et à la distribution des asiles d'idiots; on pourra consulter avec fruit, à cet égard, le travail de Theile (*loc. cit.*, p. 105).

§ 236. — En tête du personnel, et sous la haute surveillance du gouvernement, se trouve le médecin directeur. C'est des qualités scientifiques et personnelles de ce médecin que dépend en grande partie l'esprit général de l'asile. Outre l'instruction médicale fondamentale, et surtout la pathologie du système nerveux, il doit posséder certaines qualités spéciales de l'esprit; il doit être affable, patient, exempt de préjugés; il doit avoir une connaissance profonde du monde et des hommes, etc. Un ou plusieurs médecins adjoints l'assistent dans le traitement des malades, dans la tenue des registres, pour la correspondance, font les autopsies, la chirurgie, etc. — La plupart des asiles ont, en outre, leurs ecclésiastiques, qui sont chargés du service religieux et qui visitent régulièrement les malades, dans le but de faire concourir à leur guérison les consolations de la religion. Nous avons déjà dit plus haut que cela n'est possible que pour un très-petit nombre de malades. Toutefois ces tentatives de la part des aumôniers ne doivent jamais être faites qu'avec le contrôle et l'approbation du médecin, car il est aisé de comprendre les inconvénients et le danger qu'il y aurait à laisser une trop grande liberté d'action dans le traitement de ces affections cérébrales à des hommes étrangers à la médecine, et qui, dans la folie, ne voient nécessairement qu'un seul côté de la question. Aussi est-ce avec raison que, dans ces derniers temps, quelques-uns des médecins aliénistes les plus remarquables (Nasse, Jessen, etc.) ont voulu restreindre l'intervention religieuse dans le traitement de la folie plus encore qu'on ne 'avait fait jusqu'ici. Nous regardons au contraire comme très-convenable d'introduire dans les asiles un professeur qui, sans avoir la prétention d'exercer sur les malades une influence psychologique qui contribue à leur guérison, les occupe et les distrait en leur donnant un peu d'instruction.

Un gardien et une gardienne en chef sont à la tête du personnel de service inférieur. On ne doit prendre pour gardiens que des individus robustes, intelligents et bons, aussi est-il souvent difficile d'en trouver un nombre suffisant. On compte en moyenne un gardien pour six à dix malades; cependant il y a des malades qui ont besoin d'un gardien spécialement attaché à leur personne. Dans certains asiles, le service est fait par des frères ou des sœurs d'un ordre religieux, organisation qui offre, sans contredit, plus d'inconvénients que d'avantages.

Enfin, il faut encore dans les asiles un personnel spécial chargé des approvisionnements, etc.

§ 237. — Pour que ce mécanisme si complexe, que l'on appelle un asile d'aliénés, puisse toujours fonctionner avec ordre et sans bruit, il faut que tout le personnel soit réglementé par des statuts dans lesquels les devoirs de chacun sont bien limités, bien définis, qui régularisent exactement tout ce qui doit être fait, dans lesquels l'ordre de toutes

choses doit être clairement indiqué. Ce règlement raisonné doit être passé en habitude dans l'établissement, et l'exemple d'en haut doit se transmettre jusqu'aux employés inférieurs. Dans un asile, un esprit droit et sérieux doit prédominer, plutôt que le laisser-aller d'une fausse sensibilité ; c'est au directeur de veiller à ce que le temps soit bien distribué, bien employé, à ce que tout se fasse dans l'ordre le plus parfait, à ce que chacun remplisse son devoir. L'individu qui entre dans un asile, qu'il soit bien portant ou malade, doit comprendre, au seul aspect de la maison, que là c'est la raison qui domine, et non la déraison ; tout doit y avoir le caractère du calme et de la paix ; l'énergie qui préside au traitement doit y révéler des formes douces, de même que l'on doit cacher aux malades les murs qui les enferment, en les revêtant à l'intérieur d'un feuillage dont la vue les réjouit. — On n'empêchera pas les malades de vivre entre eux ; au contraire, il vaut mieux qu'ils conservent des sentiments de sociabilité, et éviter ainsi qu'ils ne s'habituent à rester tout à fait étrangers au monde. On y arrive en faisant travailler, causer, promener les malades ensemble, et en leur permettant, dès que cela leur est possible, de converser avec des personnes saines d'esprit. Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons déjà dit des égards que l'on doit avoir pour les malades, mieux vaut les traiter avec douceur et humanité qu'avec rigueur ; on devra donc leur accorder autant de liberté que leur état le permet, on les traitera avec bonté ; enfin on cherchera plutôt à les distraire et à les égayer, en évitant avec soin les mesures trop sévères, ascétiques, ou les règlements qui rappellent la discipline des casernes.

§ 238. — L'entrée d'un malade dans un asile public doit être précédée d'un rapport consciencieux sur son état de maladie et sur la manière dont celle-ci s'est développée, rapport qui doit, chaque fois que cela se pourra, être complété par les renseignements fournis par ses parents : ceux-ci devront toujours les donner avec la plus grande franchise, parce qu'il est extrêmement important pour le médecin de connaître tout ce qui a trait au malade et tous les événements qui ont pu lui arriver. Le rapport médical doit toucher toutes les questions qui peuvent avoir un lien quelconque avec le développement de la maladie, c'est-à-dire toutes les circonstances étiologiques, l'hérédité, les prédispositions physiques et morales, les maladies antérieures, surtout celles du système nerveux ; il doit contenir la description des symptômes de l'explosion progressive ou subite de la folie, et des phénomènes morbides actuels, indiquer le traitement qui a été fait jusque-là, etc. Si le malade doit être admis, on le lui dira à lui-même ; en effet, l'expérience a démontré qu'il vaut infiniment mieux faire entrer un malade de force dans un asile, quand il s'y oppose avec opiniâtreté, que d'y arriver par la ruse (en lui disant, par exemple, qu'il va faire un voyage d'agrément, etc.). Ce procédé aigrit

considérablement les malades et les empêche de longtemps d'avoir confiance dans l'asile et dans les personnes qui les soignent.

Pour l'admission des malades dans les asiles du gouvernement, il faut généralement, sauf dans les cas où il y a urgence, l'autorisation préalable des autorités, qui s'en rapportent pour cela à la décision du médecin directeur sur l'opportunité de l'admission; pour que les malades puissent être traités aussitôt que possible, il est nécessaire de simplifier et d'abréger le plus que l'on pourra les formalités usitées jusqu'ici. — Les sorties de l'asile se font généralement par les soins du médecin directeur seul; elles doivent toujours n'être d'abord que provisoires, à titre d'essai, de manière que l'on puisse toujours, sans hésitation, réintégrer le malade dans l'asile dès qu'il présente les moindres signes de folie. Tant que dure cette sortie provisoire, il sera bon que le médecin du pays où habite le malade envoie de temps à autre un petit rapport sur sa situation au médecin de l'asile. Si la guérison se maintient parfaite pendant un temps assez long, de un à deux ans, la sortie sera alors déclarée définitive, et le malade sera déclaré libre de tout rapport avec l'asile. Des sociétés libres, pour secourir les nécessiteux à leur sortie de l'asile, fonctionnent avec succès dans divers pays.

§ 239. — Nous avons encore à nous occuper des établissements privés, tant de ceux que l'on trouve dans les pays où le service public des aliénés n'a pas encore été organisé, ou dans lesquels les asiles du gouvernement sont insuffisants, que de ceux qui sont destinés aux malades des classes élevées, habitués à des soins et à un confortable que l'on ne peut pas trouver dans les établissements publics. Ces asiles privés ont acquis, dans ces derniers temps, une importance considérable qui va toujours en augmentant. Mais le gouvernement ne devra jamais accorder l'autorisation d'ouvrir un établissement privé à des individus étrangers à la médecine, ou possédant seulement un diplôme de second ordre; il ne l'accordera qu'à des médecins présentant des garanties sérieuses de connaissances spéciales profondes, tout en se réservant toujours un droit de contrôle sur ces maisons. Les abus et les infamies qui se sont commis autrefois dans certains asiles privés en Angleterre doivent être désormais impossibles; jamais rien de semblable, hâtons-nous de le dire, ne s'est vu en Allemagne.

Dans quelques pays, on a cherché à placer et à occuper les aliénés autre part que dans des asiles. C'est ainsi que nous trouvons une colonie d'aliénés dans un curieux village de Belgique, à Gheel, où, depuis des siècles, des aliénés de toute sorte vivent dans leurs familles et au milieu des habitants. Jadis on allait à Gheel implorer le secours de sainte Dymphne, patrone des aliénés, qui doit être étonnée aujourd'hui de l'abandon dans lequel on l'a laissée. Au contraire, dans ces derniers temps,

on a cherché à introduire l'ordre et la régularité dans ce dépôt d'aliénés, qui renferme enfin 900 à 1000 malades sur une population de 9000 habitants. Ainsi, en 1850, on a voulu y établir une sorte de règlements administratifs, et y faire des réformes, mais qui n'ont pas amené de bien grands résultats. Malgré cela, les aliénés jouissent encore à Gheel d'une liberté et d'une foule d'avantages qu'il serait tout à fait impossible de leur donner dans un asile; tous ceux qui le peuvent, prennent part aux travaux des individus bien portants, soit aux champs, soit dans les ateliers. En général, ils y sont traités avec beaucoup de douceur; on n'en vient, pour eux, aux moyens de rigueur qu'après avis préalable du médecin. Les suicides y sont très-rares, et l'état sanitaire de cette colonie est si bon qu'en 1836 on y trouvait deux aliénés centenaires; quant aux évasions, elles sont très-difficiles, en raison de la situation de Gheel, qui est séparé des villages environnants par des landes de plusieurs lieues d'étendue. Mais, à côté de tous ces avantages, Gheel a toujours présenté de graves inconvénients, et, comme le démontre la polémique qui a eu lieu à ce sujet dans ces derniers temps, les partisans mêmes de cette colonie avouent qu'elle offre de regrettables lacunes. — Quoi qu'il en soit, l'exemple de Gheel suffit pour prouver qu'une grande partie des aliénés n'ont nullement besoin d'être recueillis dans les asiles, qu'on peut laisser à beaucoup d'entre eux une liberté plus grande que celle qu'on leur accorde généralement, et qu'on peut les laisser vivre dans les familles. On s'est donc demandé s'il ne serait pas possible de créer dans d'autres endroits des colonies d'aliénés analogues à celle de Gheel, et de remédier ainsi à l'encombrement constant des asiles, et l'on a tenté dernièrement cette expérience en Angleterre et en Allemagne : ainsi, on a proposé de transporter un certain nombre d'aliénés choisis dans des villages situés à proximité des asiles du gouvernement, de manière qu'ils fussent encore, jusqu'à un certain point, en rapport avec ces établissements. — Les difficultés que ces projets pouvaient offrir dans leur exécution ont été étudiées et discutées avec soin par W. Jessen; elles lui paraissent jusqu'ici insurmontables. Pour ma part, je ne puis croire que, dans l'avenir, on ne trouvera pas les moyens de résoudre le problème des colonies d'aliénés, et par conséquent la question des soins administratifs pour les aliénés, conçus sur le plan le plus vaste et le plus complet.

APPENDICE

DES

SYMPTOMES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DES

RAPPORTS DE CETTE MALADIE

AVEC LA FOLIE

PAR M. BAILLARGER

Les symptômes de la paralysie générale peuvent, au point de vue de l'étude que je me propose de faire ici, être divisés en deux classes :

Les symptômes *essentiels* et principaux dont l'existence est constante et qui sont nécessaires pour constituer la maladie ;

Les symptômes *accessoires* qui manquent dans un assez grand nombre de cas et qui ne sont point indispensables pour établir sûrement le diagnostic.

Je ne m'appliquerai pas à décrire les symptômes essentiels, mais seulement à étudier et à discuter les différentes doctrines qui s'y rapportent. Il existe en effet sur ce point de graves dissidences. Nous verrons que certains auteurs n'ont admis qu'un seul ordre de symptômes essentiels, que d'autres en ont admis deux, que d'autres enfin en ont admis trois.

De là des opinions très-différentes sur la manière dont la paralysie générale doit être envisagée et sur la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique.

Quant aux symptômes *accessoires*, on est loin d'être d'accord sur l'importance qu'il faut leur accorder. Il en est même dont la valeur est très-contestée. Plusieurs de ces symptômes sont encore peu connus ; je les décrirai donc au moins brièvement.

On sait que les rapports de la paralysie générale et de la folie sont aujourd'hui très-diversement envisagés ; les uns, regardant la paralysie générale comme n'étant, dans beaucoup de cas, qu'une complication de

folie, tandis que pour d'autres elle est toujours, à part quelques cas très-rares, une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit. De ces doctrines si différentes il résulte, comme nous le verrons, que certains malades sont regardés par les uns comme n'étant atteints que de folie simple, quand les autres les jugent déjà atteints de démence paralytique.

Le but du travail que je publie est d'exposer aussi clairement qu'il me sera possible ces différentes doctrines, de rechercher les causes des dissidences qui en ont été les conséquences, et, s'il est possible, les moyens de les faire cesser. Je suis bien loin de penser que ce but sera atteint, mais j'espère contribuer au moins, en posant les questions, à préparer leur solution.

CHAPITRE PREMIER.

DES SYMPTÔMES ESSENTIELS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

ARTICLE PREMIER.

DOCTRINES D'ESQUIROL ET DE BAYLE SUR LA MANIÈRE DONT LA PARALYSIE GÉNÉRALE DOIT ÊTRE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE SES SYMPTÔMES ESSENTIELS.

§ 1. — **Doctrine d'Esquirol.**

Esquirol a exprimé son opinion sur la paralysie générale avec une clarté et une précision qu'on est loin de trouver dans tous les auteurs qui l'ont suivi. Pour lui, cette maladie, quand elle venait, comme le scorbut ou la phthisie pulmonaire, compliquer la folie, n'était essentiellement caractérisée que par la lésion des mouvements. Les descriptions suivantes, bien que très succinctes, ne laissent aucun doute à cet égard.

« Lorsque la paralysie complique la démence, dit Esquirol, tous les symptômes paralytiques se manifestent successivement : d'abord l'articulation des sons est gênée, bientôt après la locomotion s'exécute avec difficulté ; enfin les déjections sont involontaires, etc. *Tous ces épiphénomènes ne doivent ps être confondus avec les symptômes qui caractérisent la démence, pas plus que les signes du scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle* (1). »

Quatre ans plus tard, Esquirol indique de nouveau les principaux symptômes de la paralysie générale, mais sans mentionner les lésions de l'intelligence.

« La moitié des aliénés qui succombent, dit-il, sont paralytiques. Ces individus ont plus ou moins d'embarras dans l'articulation des sons; ils déraisonnent quelquefois très-peu au début de la maladie, après quelques mois ou un an, s'ils n'ont engraissé beaucoup, ils deviennent très-maigres, ils s'affaiblissent, marchent avec peine, se penchent ordinairement sur le côté gauche ; les déjections deviennent involontaires, sans être plus humides ; il y a incontinence d'urine ; l'embarras de la langue augmente ; les forces diminuent, quoiqu'ils fassent de l'exercice

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. VIII, p. 283.

et que l'appétit soit vorace; dès qu'ils s'alitent, il se forme aussitôt des eschares gangréneuses au coccyx, aux trochanters, aux talons, aux coudes ; ces gangrènes humides font des progrès rapides, dénudent bientôt les os ; l'odeur est affreuse ; la fièvre se développe ; le pouls est très-faible ; les frissons précèdent la mort d'un ou de deux jours ; les extrémités, les membres sont violets et froids ; le pouls ne se fait plus sentir ; les malades meurent (1). »

Les deux passages que je viens de citer permettent de juger comment Esquirol envisageait la maladie. On voit qu'il n'indique que les seules lésions des mouvements. Mais ce qu'il importe surtout de retenir, c'est le soin que prend l'auteur de faire remarquer que chez l'aliéné paralytique les signes de paralysie ne doivent pas être confondus avec les signes de démence, « *pas plus que les signes du scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle.* »

Assurément aucun doute n'est possible. Il est bien évident qu'à cette époque la démence et la paralysie qui se trouvaient réunies chez le même malade étaient considérées comme deux affections complétement distinctes.

Il y avait donc chez le dément paralytique deux maladies : la démence et la paralysie, comme chez d'autres la démence et le scorbut, et chez d'autres encore la démence et la phthisie pulmonaire.

La paralysie générale n'était donc essentiellement caractérisée comme les autres paralysies que par un seul ordre de symptômes, la lésion des mouvements.

L'opinion de Georget, l'un des élèves les plus distingués d'Esquirol, est en tout conforme à celle de son maître ; mais, au lieu de s'en tenir à ce mot vague de *paralysie*, au lieu de considérer ici les lésions des mouvements comme des *épiphénomènes*, Georget admet qu'elles constituent une *espèce spéciale de paralysie* à laquelle il donne une dénomination nouvelle, celle de *paralysie musculaire chronique*.

La maladie, introduite ainsi dans le cadre des paralysies, n'a d'ailleurs pour Georget qu'un seul ordre de symptômes essentiels. Il parle, en effet, de la démence et de cette paralysie comme de deux affections distinctes ; c'est ce que prouve le passage suivant :

« La démence, dit-il, termine toutes les folies qui deviennent incurables, pourvu que les malades existent encore assez de temps pour que cette transformation puisse avoir lieu, ce qui arrive presque toujours. La désorganisation qui produit cet état mental occasionne en même temps, dans plus de la moitié des cas, *une autre maladie* nerveuse, la *paralysie musculaire*, partiellement ou généralement. » (Page 119.)

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XVI, p. 211.

La démence, on le voit, est considérée ici non comme un symptôme de la paralysie musculaire, mais comme sa cause. Les deux maladies restent distinctes et la paralysie musculaire est constituée par la seule lésion des mouvements.

Voici d'ailleurs la description que l'auteur donne de cette espèce nouvelle de paralysie, on verra qu'il ne fait figurer dans cette description qu'un seul ordre de symptômes.

« Elle se montre quelquefois, dit-il, en même temps que le développement de la folie chez les personnes de quarante-cinq à cinquante-cinq ou soixante ans, et en dénote l'incurabilité ; le plus souvent ce n'est que la seconde, la troisième année, ou plus tard, qu'elle se manifeste. Elle s'établit ordinairement lentement et d'abord partiellement, et devient ensuite générale et absolue. Ses progrès sont accompagnés de la diminution successive, et enfin de la perte totale de l'exercice intellectuel. On peut en diviser le cours, depuis son commencement jusqu'à la mort des malades, en trois degrés.

» *Premier degré.* — La paralysie commence presque toujours par se déclarer dans les muscles de la langue ; très-souvent elle y reste même bornée pendant longtemps avant de s'étendre ailleurs. La malade éprouve de la difficulté à parler, prononce mal ou lentement les mots, balbutie plus ou moins ; la langue tirée hors de la bouche ne se porte pas plutôt d'un côté que de l'autre, et semble affectée généralement. D'autres phénomènes se joignent bientôt à celui-là. Si la malade peut rendre compte de son état, elle se plaint d'éprouver, soit d'un côté seulement, ou des deux côtés en même temps, de l'engourdissement dans les membres, un sentiment de picotement, de formication dans les mains, les pieds, le long des trajets nerveux, des douleurs de tête plus ou moins générales, quelquefois très-circonscrites et ordinairement du côté opposé à la paralysie, quelquefois néanmoins du même côté ; les mouvements deviennent moins faciles, plus lents ; la malade finit par ne plus pouvoir se servir que des membres d'un côté. Toutes les autres fonctions son régulières ; la digestion surtout se fait très-bien, l'embonpoint ne diminue pas. Ce premier degré peut durer fort longtemps, plusieurs années, sans que la santé générale paraisse en souffrir.

» *Second degré.* — La malade est entièrement paralysée d'une moitié du corps ou de toutes les deux ; elle ne peut plus marcher ni se tenir debout. On est forcé de la tenir couchée continuellement ; elle peut à peine prononcer quelques mots qui, du reste, sont tout à fait insignifiants, car l'intelligence est anéantie. L'embonpoint ne diminue point encore, la digestion est excellente. Les signes que j'ai indiqués pour l'irritation chronique, se présentent ordinairement à cette époque ; le pouls offre de la fréquence, de la dureté ; l'après-midi, les joues de la

malade se colorent; elle a soif. Ce second degré peut durer depuis quelques mois jusqu'à une année et plus.

» *Troisième degré.* — Ce degré comprend les derniers mois de l'existence. Il est caractérisé par l'augmentation de la paralysie, de telle sorte que les malades sont comme des masses inertes; elles se décolorent, pâlissent, maigrissent. L'appétit se perd, il survient du dévoiement ou une constipation opiniâtre, et enfin la mort ne tarde pas à mettre un terme à ces maux. L'intelligence est tout à fait nulle; les paralytiques restent quelquefois une année ou plus sans proférer une seule parole, sans demander à satisfaire leurs besoins. »

Georget ne fait donc figurer dans la description de la *paralysie musculaire chronique* que les seules lésions du mouvement. Je dois cependant faire remarquer que cela ne l'avait pas empêché de reconnaître un fait d'une extrême importance. Je veux parler de l'influence que la paralysie générale exerce sur la marche de la démence. « Ses progrès, dit-il, sont accompagnés de la diminution successive, et enfin de la perte totale de l'exercice intellectuel. »

C'est dans cet ordre d'idées qu'Haslam avait pu dire que les affections paralytiques sont une cause fréquente de folie. Cependant on n'a pas pour cela confondu la cause et l'effet; la paralysie et la folie n'en sont pas moins restées deux affections distinctes. Telle est la manière dont Georget a envisagé la paralysie générale; et s'il a un peu agrandi l'histoire de la maladie, il n'a pas, quant au fond, modifié la doctrine d'Esquirol.

L'opinion d'Esquirol et de Georget a été complétée par M. Delaye, et c'est lui qui l'a définitivement constituée.

Son travail est intitulé : *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés.*

Si nous recherchons dans la définition les symptômes essentiels de cette *espèce de paralysie*, nous trouvons qu'elle est caractérisée « par l'affaiblissement graduel du système locomoteur, qui commence d'une manière peu sensible, marche avec plus ou moins de lenteur, et finit ordinairement par la perte absolue des mouvements volontaires; ce qui lui a fait donner le nom de *paralysie générale*, auquel on ajoute l'épithète d'*incomplète*, parce que rarement elle détermine une résolution aussi complète des membres que les autres paralysies (1). » (Page 5.)

(1) A la dénomination de *paralysie musculaire chronique* employée par Georget, M. Delaye, comme on le voit, substitue celle de *paralysie générale incomplète*. Je ferai remarquer qu'il ne donne pas cette dénomination comme nouvelle, et qu'il s'exprime au contraire de manière à faire croire qu'elle était employée avant lui, mais sans indiquer par quel auteur elle a été créée.

Ainsi la paralysie générale incomplète est une espèce particulière de paralysie, et elle n'est caractérisée que par un seul ordre de symptômes essentiels, la lésion générale et progressive des mouvements. Voilà ce qui ressort nettement du titre du travail et de la définition de la maladie.

M. Delaye, en introduisant dans le cadre nosologique une nouvelle espèce de paralysie, n'a pas négligé d'en établir le diagnostic différentiel.

Après avoir indiqué dans la définition les caractères essentiels qui la distinguent des autres paralysies, il ajoute :

« D'autres différences la séparent encore de ces dernières ; ainsi elle affecte tous les muscles de la locomotion. Son invasion est lente, sa marche toujours progressive, sa terminaison toujours fâcheuse ; enfin l'altération organique qui la produit consiste dans une modification particulière de la substance cérébrale. Les autres paralysies, au contraire, sont ordinairement bornées à une partie du corps ; leur invasion est plus ou moins rapide, leur marche, quelquefois rétrograde, souvent stationnaire ; plusieurs sont susceptibles de guérison ; enfin elles dépendent le plus souvent de la désorganisation ou de la perte d'une partie de la substance cérébrale. J'ajouterai que les paralysies qui diffèrent le moins de la maladie qui m'occupe, celles, par exemple, qui reconnaissent pour cause le développement d'un fongus de la dure-mère, d'un cancer du cerveau, etc., ont des signes propres qui les font reconnaître. » (Page 5.)

La paralysie générale n'est plus seulement constituée comme une espèce particulière de paralysie, mais les principales différences qui la séparent des autres maladies de même ordre sont nettement indiquées.

Je ne reproduirai pas ici le tableau des symptômes tracé par M. Delaye, mais je dois faire remarquer que, comme conséquence de l'opinion de l'auteur, ce tableau se compose uniquement des lésions des mouvements.

M. Calmeil, à la première page de sa monographie publiée en 1826, a résumé ainsi dans le titre les traits principaux de la maladie au double point de vue des symptômes et des lésions anatomiques : « De la paralysie générale des aliénés, ou *lésion générale des mouvements*, paraissant dépendre d'une encéphalite chronique avec prédominance de la phlegmasie au pourtour du cerveau. »

La paralysie générale des aliénés n'était donc alors essentiellement qu'une *lésion générale des mouvements*.

Aussi voyons-nous M. Calmeil, dans l'une des premières observations qu'il publie, établir le diagnostic de la manière suivante :

« *Tendance à la démence. Commencement de la paralysie générale telle qu'on l'observe chez les aliénés.* »

Ainsi, il y avait chez ce malade deux affections différentes. D'une part, un commencement de *démence ;* d'autre part, un commencement de cette *paralysie générale* qui se développe *chez les aliénés.*

Il est évident que M. Calmeil était encore sous l'influence de cette doctrine d'Esquirol, que les symptômes de paralysie ne doivent pas être confondus avec ceux qui caractérisent la démence, « pas plus que les signes du scorbut, qui compliquent souvent cette maladie, ne peuvent être pris pour elle. »

Il importe encore, pour bien apprécier les opinions de M. Calmeil à cette époque, de faire remarquer, comme je l'ai déjà dit ailleurs, que son ouvrage n'a pas pour titre : *De la paralysie générale chez les aliénés*, mais simplement : *De la paralysie chez les aliénés.* Le but de l'auteur était d'étudier et de distinguer entre elles toutes les paralysies qu'on observe chez les aliénés. Après avoir établi que les *paralysies* (en général) sont très-fréquentes chez ces malades, il indique successivement les lésions qui les produisent, ce sont :

« Les phlegmasies chroniques du cerveau avec prédominance de l'inflammation au pourtour de l'organe et de ses enveloppes ;

» Les hémorrhagies cérébrales ou méningées ;

» Les congestions sanguines ;

» Les ramollissements, y compris ceux de la moelle épinière ;

» Enfin les abcès enkystés. »

C'était donc une nouvelle espèce de paralysie qu'on introduisait dans le cadre nosologique. Cette espèce nouvelle, comme les autres, n'était essentiellement caractérisée que par les lésions des mouvements ; seulement elle offrait cela de particulier qu'elle est, comme le disait M. Calmeil « très-répandue parmi les aliénés, et l'une des complications les plus funestes des vésanies. »

On retrouve les mêmes idées exprimées dans beaucoup d'auteurs. C'est ainsi que Broussais, plus de quinze ans après la publication de la monographie de M. Calmeil, parlait de la démence et de la paralysie générale réunies chez le même malade, comme de deux affections différentes.

Examinant l'époque respective de leur apparition, il admet que le cas le plus commun est celui dans lequel « *les deux maladies débutent en même temps et marchent d'une manière simultanée.* »

En résumé, on voit que la paralysie générale a été considérée par Esquirol et par plusieurs des auteurs qui ont écrit après lui, comme caractérisée par un seul ordre de symptômes : les symptômes de paralysie.

Quant aux lésions de l'intelligence qui accompagnent la paralysie générale, on les regardait comme une maladie à part.

On admettait donc chez l'aliéné paralytique deux affections différentes :

1° La folie ou la démence ;

2° La paralysie générale incomplète.

Comme conséquence de cette doctrine, la paralysie générale incomplète prenait place dans la classe des paralysies.

§ 2. — Doctrine de Bayle.

On vient de voir qu'Esquirol n'admettait dans la paralysie générale qu'un seul ordre de symptômes essentiels : les symptômes de paralysie ; Bayle, au contraire, cherche à établir que la maladie est constamment et nécessairement constituée par deux ordres de symptômes concourant au même degré à caractériser une seule et même affection. S'appuyant sur ce fait que les lésions de l'intelligence et les lésions des mouvements se développent dans un ordre déterminé et parallèlement, il en conclut qu'il n'y a pas là deux maladies, mais une seule. « Ce parallèle fait à toutes les époques de la maladie, nous offre, dit-il, un rapport constant entre le délire et la paralysie. On voit celui-là parcourir tous les degrés qui séparent l'aliénation partielle de la destruction entière des facultés de l'entendement, pendant le temps que celui-ci parvient du simple embarras des mouvements jusqu'à l'immobilité presque complète de tous les organes de l'appareil locomoteur. On ne saurait donc se refuser d'admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'une même maladie, c'est-à-dire d'une *arachnitis chronique.* »

Tant qu'on n'avait vu qu'un seul ordre de symptômes, la lésion générale des mouvements, la classification de la maladie ne soulevait aucune difficulté. On la rangeait dans la classe des paralysies dont elle formait une nouvelle espèce. Désormais, au lieu d'un seul ordre de symptômes essentiels, on en admettait deux ; il y avait donc lieu d'examiner si la maladie caractérisée par la double lésion de l'intelligence et des mouvements devait plutôt être rangée dans le cadre des folies que dans celui des paralysies. Bayle a tranché cette question en faisant de ce qu'on appelait la paralysie générale non plus une espèce de paralysie, mais une espèce d'aliénation mentale que, d'après la cause anatomique à laquelle il l'attribue, il désigne sous la dénomination d'*arachnitis chronique* (1).

Telle est la doctrine de Bayle, exposée dans son premier travail (1822).

C'est dans ce travail qu'ont été publiées les premières observations cliniques de paralysie générale. Ces observations très-détaillées sont aussi complètes qu'aucune de celles qui ont paru depuis. Le tableau que l'au-

(1) Plus tard, il a aussi désigné cette maladie sous la dénomination de *monomanie ambitieuse avec paralysie.*

teur trace de la maladie réunit désormais les lésions de l'intelligence et du mouvement pour constituer une seule et même unité morbide. C'est ce dont on pourra se convaincre par la citation suivante :

« Les symptômes de l'*arachnitis chronique* peuvent tous, dit-il, se réduire à une paralysie générale et incomplète, et au dérangement des facultés intellectuelles. Ces deux ordres de phénomènes marchent d'un pas égal et proportionnel, et peuvent faire diviser la maladie en trois périodes. Dans la première, la prononciation est sensiblement embarrassée, la démarche mal assurée ; le désordre de l'entendement se manifeste par un affaiblissement de l'intelligence, un délire monomaniaque, qui domine plus ou moins le malade, et souvent par un état d'exaltation plus ou moins considérable. Dans la seconde période, les mouvements de la langue et des membres conservent souvent le même embarras que dans la première, ou deviennent plus difficiles ; le délire est maniaque et général, fréquemment accompagné d'idées dominantes ; il y a de l'agitation, qui varie depuis la loquacité et la mobilité qui fait changer continuellement les malades de place, jusqu'à la fureur la plus violente et la plus incoercible. Enfin la troisième période est, en général, caractérisée par un état de démence et une augmentation de la paralysie générale et incomplète : la parole est bégayée et tremblante, très-difficile, et quelquefois inintelligible ; la démarche est vacillante, très-chancelante, ou même impossible ; les excrétions sont involontaires ; l'entendement, extrêmement affaibli, ne conserve qu'un petit nombre d'idées complétement incohérentes, qui sont tantôt vagues, et tantôt plus ou moins fixes ; il y a là le plus souvent du calme, et de temps en temps une agitation plus ou moins grande. Cette période se termine quelquefois par une paralysie presque complète de tous les mouvements volontaires, et par un état complet d'idiotisme. Chaque malade ne présente pas constamment les trois périodes : il n'est pas rare de voir manquer la seconde ; celle-ci offre quelquefois une agitation spasmodique, continuelle ou périodique ; assez souvent, pendant la troisième, il survient tantôt des attaques de congestion cérébrale, accompagnées de pertes de connaissance, quelquefois de mouvements convulsifs et de tremblements, et suivies d'une augmentation des symptômes de la maladie, tantôt des attaques épileptiformes. » (Page 40.)

La paralysie générale a donc, d'après Bayle, deux ordres de symptômes essentiels : l'un appartenant aux lésions des mouvements, et l'autre aux lésions de l'intelligence.

L'auteur ne s'est pas borné à établir ce premier point, il a cru pouvoir spécifier la nature des lésions de l'intelligence de manière à les distinguer des autres formes de la folie.

Il a cherché à établir que la paralysie générale a trois périodes, pen-

dant lesquelles les désordres intellectuels offrent des caractères tout à fait spéciaux.

« Cette maladie, dit-il, débute par un état de monomanie ambitieuse, et par une exaltation plus ou moins grande, qui, réunies à une légère paralysie incomplète et générale, caractérisent essentiellement cette période. Les malades s'imaginent tout à coup qu'ils sont riches, puissants, élevés en dignités, couverts de distinctions et de titres. Les uns croient leur fortune doublée, triplée, quadruplée, centuplée; les autres, oubliant l'état de misère dans lequel ils se trouvaient au moment de l'aliénation, ne pensent plus qu'aux trésors dont ils se croient en possession ; ils font des projets gigantesques qui doivent leur rapporter des sommes immenses ; ils achètent tout ce qu'ils remontrent, ils ne sont occupés que des acquisitions qu'ils doivent faire.

» Dominés par ces idées, ils en parlent sans cesse et ne pensent plus à autre chose. Leur babil est intarissable ; ils s'échauffent en parlant, et se mettent facilement en colère lorsqu'on les contrarie sur leurs idées extravagantes. Leur figure est, en général, rouge, épanouie, et exprime le contentement et la joie que leur font éprouver leurs richesses et leurs grandeurs. Ils chantent, rient et sont dans un état d'hilarité et de gaieté remarquables. Ils répondent d'une manière assez raisonnable sur la plupart des objets étrangers à leur délire exclusif. »

A cette première période de monomanie ambitieuse succède, d'après Bayle, un délire maniaque avec prédominance d'idées de grandeurs ; enfin, la maladie se termine par la démence, avec quelques traces du délire qui a été observé dans les deux premières périodes.

Les conceptions délirantes ambitieuses avec expansion et loquacité constituent donc un des principaux symptômes de la paralysie générale.

Les lésions de l'intelligence qui concourent à caractériser cette affection sont donc d'une nature spéciale.

Dans la première période, elles sont constituées par une *monomanie ambitieuse.*

Dans la seconde, par une *manie* avec prédominance de *délire ambitieux.*

Enfin dans la troisième période, elles ont le caractère de la *démence.*

Cette doctrine de Bayle aurait pour conséquence de faire admettre que la paralysie générale est caractérisée non par deux, mais bien par trois ordres de symptômes essentiels.

Si les signes de paralysie sont tous de même nature (embarras de la prononciation, faiblesse générale des membres, paralysie des sphincters, etc.), il n'en est pas de même, en effet, des lésions de l'intelligence. Ces dernières appartiennent à des affections essentiellement distinctes.

« Sous le nom *d'aliénation mentale* on a rapproché, dit M. Parchappe, des maladies qui n'ont de commun que le trouble des facultés intellectuelles, et qui sont fondamentalement différentes :

» L'*idiotisme* dû à une imperfection dans le développement de l'encéphale datant de la vie intra-utérine ou des premiers temps de la vie extra-utérine ;

» L'*imbécillité* consécutive à une *lésion organique* développée accidentellement dans l'encéphale pendant le cours de la vie extra-utérine ;

» La *folie*, qui est une maladie distincte de toutes les autres par ses causes, par ses symptômes, par sa marche, par ses altérations organiques. »

Ce que M. Parchappe appelle *imbécillité*, c'est la démence simple symptomatique d'une affection organique du cerveau, or, cette démence simple, *fondamentalement* différente de la folie, tout le monde sait aujourd'hui qu'elle constitue à elle seule les lésions de l'intelligence chez un assez grand nombre de malades atteints de paralysie générale ; d'après Bayle, c'est elle qui caractérise dans tous les cas la troisième période de la maladie.

Il y aurait donc dans la paralysie générale, trois ordres de symptômes essentiels qui ne manqueraient jamais quand la maladie parcourt toutes ses périodes.

Les premiers seraient les symptômes de paralysie ; les seconds, les symptômes de folie ; les troisièmes, enfin, appartiendraient à la démence simple, à ce que M. Parchappe appelle *imbécillité*, maladie, comme il a dit, essentiellement différente de la folie.

La doctrine de Bayle, telle que je viens de l'exposer, n'a d'abord trouvé que des contradicteurs.

C'est ainsi, par exemple, que M. Delaye, citant la description de la paralysie générale tracée par Bayle, croit devoir en retrancher les lésions de l'intelligence pour ne laisser que les symptômes de paralysie.

Après avoir rappelé que l'auteur avait divisé la marche de la paralysie générale en trois périodes, M. Delaye reproduit les principaux caractères de ces périodes de la manière suivante :

« Dans la première, la prononciation est sensiblement embarrassée, la démarche mal assurée ; dans la seconde, les mouvements de la langue et des membres conservent souvent le même embarras que dans la première, ou deviennent plus difficiles. La troisième est caractérisée par une augmentation de la paralysie ; la parole est bégayée, tremblante, très-difficile et quelquefois inintelligible ; la démarche est très-chancelante, ou même impossible ; les excrétions sont involontaires. Cette période se termine quelquefois par une paralysie presque complète de tous les mouvements volontaires. »

Cette citation est très-exacte; mais on peut s'assurer, en relisant plus haut le tableau des symptômes indiqués par Bayle, que M. Delaye a retranché, pour chaque période, tout ce qui a trait aux lésions de l'intelligence, et qu'il n'a cité que la description des lésions des mouvements. C'est qu'en effet cet ordre de symptômes, qui n'est qu'une partie de la maladie pour Bayle, la constitue tout entière pour M. Delaye.

Ce passage de la thèse de M. Delaye est assurément très-curieux, et rien ne saurait donner une meilleure idée de la manière dont la maladie était alors envisagée ; pourquoi, en effet, laisser dans la description d'une simple paralysie les désordres des facultés intellectuelles qui appartiennent à une affection différente ?

C'est en se plaçant au même point de vue que M. Calmeil a pu dire, en critiquant le travail de Bayle, que cet auteur « a fait figurer *plusieurs des signes de la paralysie générale* au nombre des symptômes de la phlegmasie chronique des méninges. »

Aujourd'hui, il n'est aucun des signes indiqués par Bayle qui ne soit bien réellement accepté comme servant à caractériser la paralysie générale; mais, pour M. Calmeil comme pour M. Delaye, la maladie n'était point alors si complexe (1).

La doctrine d'Esquirol a régné longtemps après les travaux de Bayle, et l'on a vu plus haut que quinze ans après la publication des travaux de cet auteur, Broussais parlait encore de la démence et de la paralysie réunies chez le même malade, comme de deux affections différentes. Au lieu de voir chez les aliénés paralytiques deux ordres de symptômes concourant au même degré à caractériser une seule et même entité morbide, on a persisté à admettre chez eux deux maladies différentes, la folie et la paralysie générale.

Telles sont les doctrines d'Esquirol et de Bayle. Il reste maintenant à les discuter et à rechercher s'il faut, avec Esquirol, n'admettre qu'un seul ordre de symptômes essentiels, ou bien au contraire, s'il convient d'en reconnaître trois, selon l'opinion de Bayle.

(1) On comprend que Bayle aurait très-bien pu dire de M. Calmeil qu'il avait caractérisé la paralysie générale avec *quelques-uns* des signes de la méningite chronique.

ARTICLE II.

EXAMEN CRITIQUE DES DOCTRINES D'ESQUIROL ET DE BAYLE SUR LA MANIÈRE DONT LA PARALYSIE GÉNÉRALE DOIT ÊTRE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE SES SYMPTÔMES ESSENTIELS.

§ 1. — Examen critique de la doctrine d'Esquirol.

On a vu que Georget et M. Delaye réduisaient la paralysie générale à la seule lésion des mouvements.

Cependant il eût été facile dès l'origine de trouver dans les travaux de ces auteurs des faits qui auraient pu à bon droit être invoqués contre cette opinion.

N'est-il pas surprenant, par exemple, de voir M. Delaye, qui ne mentionnait dans sa définition de la paralysie générale que les lésions des mouvements, écrire quelques pages plus loin que « les symptômes qui doivent faire craindre cette maladie, sont la *faiblesse* et la *perte de la mémoire*, et ajouter que c'est par là que la *paralysie commence.* »

Déjà Georget, avant lui, avait fait remarquer que « les progrès de la paralysie sont accompagnés de la diminution successive et, enfin, de la perte totale de l'exercice intellectuel. »

Bayle, parmi les phénomènes précurseurs de la paralysie générale, note l'affaiblissement de l'intelligence. Dès la première période il constate cet affaiblissement d'une manière manifeste, mais il en fait le caractère essentiel de la troisième période. « Cette période, dit-il, est essentiellement caractérisée par un affaiblissement très-considérable des facultés intellectuelles, une oblitération plus ou moins grande des idées. »

Plus tard, M. Calmeil, étudiant l'aspect de l'aliénation mentale pendant le cours de la paralysie générale, arrive à cette conclusion, « que l'intelligence s'affaiblit d'une manière constante, et qu'elle finit par s'abolir quand la maladie dure longtemps. »

Broussais, qui, comme on l'a vu plus haut, parle de la démence et de la paralysie générale réunies chez le même malade, comme de *deux* maladies distinctes, s'exprime ainsi dans son ouvrage :

« J'ai dit que la démence et la paralysie générale étaient réservées aux fous qui n'ont été ni guéris ni enlevés par les complications mentionnées. Voyons maintenant comment ces *affections* se déclarent, et faisons l'histoire particulière de la démence, qui constitue la dernière espèce de folie.

» *Démence et paralysie générale.* — Elle s'annonce par trois ordres de phénomènes qui correspondent aux trois grandes fonctions de l'encéphale : la perte des facultés intellectuelles, la perte des mouvements

musculaires, la perte des fonctions des sens. La première constitue ce que les manigraphes sont convenus d'appeler la *démence;* la seconde et la troisième ont de tout temps porté le nom de *paralysies.* Nous allons donc réunir à l'histoire de la *démence*, qui constitue la dernière espèce de folie, les faits qui sont relatifs à la *paralysie générale.* »

Ce que Georget, Bayle, Broussais, MM. Delaye et Calmeil ont vu sur ces rapports de la démence et de la paralysie, a été confirmé par toutes les observations recueillies depuis quarante ans. On n'a pas publié un seul cas de paralysie générale arrivée à une période avancée sans que l'intelligence ait été profondément affaiblie. Comment comprendre dès lors que tous les auteurs que je viens de citer n'aient pas été conduits à adopter l'opinion de Bayle, et à voir dans la *démence* et la *paralysie* deux ordres de symptômes d'une seule et même affection.

Cela tient surtout, à mon avis, à ce qu'on n'a pas suffisamment étudié la démence simple, isolée de toute conception délirante, et que, par suite, on ne l'a pas distinguée chez les paralytiques de la démence incohérente qui succède aux vésanies.

Comme je l'ai dit plus haut, la démence des paralytiques c'est ce que M. Parchappe a appelé *imbécillité;* or pour cet auteur l'*imbécillité* est « *consécutive à une lésion organique* », elle n'est donc pas une maladie à part, mais un symptôme. C'est à cette démence simple, à cette *imbécillité* symptomatique d'une affection organique, qu'il faut appliquer ce que Broussais dit à tort, je crois, de la démence considérée d'une manière générale.

« On la voit, dit-il, succéder aux douleurs de tête rebelles, aux longs travaux d'esprit, aux veilles, aux grands efforts de mémoire, aux congestions sanguines apoplectiformes répétées, aux attaques de paralysie; on la voit se former peu à peu chez les personnes qui sont restées hémiplégiques ou privées de quelques sens, après avoir été rappelées d'un ou plusieurs accidents apoplectiques. Elle se développe également sur celles qui portent des paralysies partielles, soit d'un sens, soit de quelques muscles, sans avoir essuyé d'attaques complètes de l'apoplexie avec hémiplégie, ou de celle sans hémiplégie à laquelle certains auteurs réservent le nom de coup de sang. Enfin la démence se déclare par l'effet des progrès de l'âge chez les sujets dont l'organisation du cerveau n'est pas parfaite, ou qui ont abusé de ce viscère. »

Cette démence simple n'est donc pas une maladie primitive et indépendante ayant une existence à part; elle n'est qu'un symptôme, quelquefois un signe précurseur d'affections cérébrales diverses. Dernièrement encore, j'ai été consulté pour un malade âgé de cinquante-trois ans qui offrait une perte très-grande de mémoire survenue très-rapidement, et en outre un peu de stupeur et d'hébétude. Arrivé à Paris, ce malade

se croyait encore par moments dans son pays ; il n'avait qu'incomplétement conscience de son état, on n'observait d'ailleurs chez lui aucune lésion appréciable des mouvements. Le pronostic grave porté dans ce cas ne tarda malheureusement pas à se réaliser, et moins de six semaines après, le malade succombait à des accidents cérébraux aigus. L'oblitération lente de l'intelligence dans la paralysie générale n'est donc pas une maladie indépendante, mais simplement un ordre de symptômes. On ne peut donc, avec Esquirol, admettre qu'il faut, chez les aliénés paralytiques, séparer la démence et la paralysie, comme on sépare dans d'autres cas la démence et le scorbut.

Aujourd'hui cette question ne trouve plus de contradicteurs, et tout le monde reconnaît que la démence simple qui accompagne la paralysie générale est un symptôme de cette affection et non une maladie à part. La dissidence ne roule plus désormais que sur la question de savoir si cette démence est constante, ou bien, au contraire, s'il n'existe pas des paralysies générales sans aucune lésion de l'intelligence.

On a, en effet, beaucoup parlé dans ces dernières années de paralysies générales sans aliénation, mais en confondant sous cette dénomination deux ordres d'observations très-différentes : des paralysies générales sans folie, mais avec démence ; des paralysies générales sans aucune lésion des facultés intellectuelles.

Je parlerai plus loin des premières et ne m'occuperai ici que des secondes.

Il n'est pas douteux qu'il existe des paralysies d'origine périphérique qui peuvent devenir plus ou moins générales sans que l'intelligence soit lésée, mais ces faits sont complétement et absolument différents de la paralysie générale des asiles d'aliénés, maladie essentiellement cérébrale. Or, comme je l'ai dit plus haut, on n'a pas publié une seule observation prouvant que cette paralysie générale avec atrophie du cerveau, et le plus souvent avec adhérences des membranes à la couche corticale, peut arriver à sa dernière période sans que l'intelligence soit plus ou moins profondément atteinte.

Dans certains cas, il est vrai, les lésions des mouvements peuvent précéder les désordres de l'intelligence pendant un temps assez long, et il faut alors attendre l'évolution complète de la maladie. Il y a aussi des malades atteints d'affections de la moelle qui plus tard tombent dans la démence paralytique : il y a dans ces cas successivement deux maladies qu'on ne doit pas confondre. M. Calmeil, il est vrai, dans son dernier ouvrage semble mettre en doute la constance des lésions de l'intelligence dans la paralysie générale, mais il importe de remarquer qu'il ne cite aucune observation pour prouver la nécessité de faire à cet égard quelques restrictions.

« Je n'affirme pas, dit-il, qu'il soit dans l'essence de la périencéphalite chronique de toujours porter atteinte aux facultés de l'intellect, mais je ne crains pas d'affirmer qu'elle ne les épargne *presque* jamais. »

Ailleurs, le même auteur ajoute encore :

« Que le tableau des phénomènes propres à la périencéphalite chronique se compose surtout, *le plus généralement,* d'une réunion de symptômes empruntés et aux fonctions de l'intelligence et aux fonctions du mouvement. »

Je crois qu'au milieu de tant de faits de paralysie générale observés pendant quarante ans par M. Calmeil, s'il eût rencontré une seule exception à la règle, il n'eût pas manqué de la citer. Quant à moi, après plus de trente années d'observation, je n'ai pas vu un seul cas où les lésions de l'intelligence aient manqué. Il me semble donc que jusqu'à nouvel ordre, et en l'absence de faits contradictoires suffisamment complets, on peut affirmer que la paralysie générale, quand elle parcourt toutes ses périodes, porte constamment une atteinte plus ou moins profonde aux facultés intellectuelles.

Dans mes leçons publiées en 1846, je définissais la paralysie générale : « Une maladie apyrétique ordinairement de longue durée, principalement caractérisée par l'embarras de la parole, la paralysie progressive des membres et de la *démence.* »

Dans ces mêmes leçons, je divisais, au point de vue des lésions de l'intelligence, les malades en deux catégories :

1° Les uns, chez lesquels on ne constate qu'un affaiblissement de plus en plus marqué des facultés intellectuelles sans qu'il y ait aucun délire bien caractérisé ;

2° Les autres, au contraire, qui offrent des signes de monomanie, de mélancolie, de manie, etc. Il ne m'est pas venu alors à la pensée de signaler des malades conservant l'intégrité de leur intelligence. Depuis lors, en 1847, je répétais de nouveau :

« Que la paralysie générale n'arrive jamais à sa dernière période sans l'affaiblissement ou même l'abolition de l'intelligence. »

On voit donc que j'ai toujours, et en toute occasion, fait intervenir les lésions de l'intelligence au nombre des signes caractéristiques de la paralysie générale.

Voici d'ailleurs ce qu'écrivait sur ce point, dès 1853, M. Sauze, alors médecin adjoint de l'asile des aliénés de Marseille :

« Pour M. Baillarger, à l'opinion duquel nous nous rangeons complétement, deux ordres de phénomènes caractérisent principalement la paralysie générale des aliénés : la démence et l'affaiblissement des mouvements. »

C'est de la même manière que M. Dagonet a compris mon opinion.

« Pour M. Baillarger, deux ordres de phénomènes, dit-il, caractérisent les paralysies générales : l'affaiblissement musculaire et l'affaiblissement progressif des facultés ; le délire ne serait qu'une complication secondaire et pourrait même manquer dans bon nombre de cas (1). » (*Traité des maladies mentales*, p. 419.

Nous venons de voir M. Sauze se servir du mot *démence*, et M. Dagonet ne parler que d'*affaiblissement de l'intelligence*, pour désigner l'un des phénomènes essentiels de la paralysie générale. Peut-être convient-il de faire remarquer qu'il pourrait y avoir ici une différence importante. La démence est une forme d'aliénation mentale, le dément est un aliéné ; mais le simple affaiblissement des facultés quand le malade en a conscience ne peut être considéré de la même manière. Il y a donc lieu d'examiner si les malades atteints de paralysie générale doivent toujours, et dans tous les cas, être considérés comme aliénés.

Il est assez difficile de répondre d'une manière absolue à cette question. Ce qui n'est pas douteux, c'est que dès la première période presque tous les malades n'ont point conscience de la dégradation physique et morale qui s'accomplit progressivement en eux. Ils doivent donc être considérés comme aliénés alors, même qu'ils n'ont point de conceptions délirantes. Cependant il en est quelquefois autrement et l'on voit des paralytiques qui apprécient leur état et cela pendant un temps assez long.

M. Linas a rapporté une observation remarquable de ce genre, et j'ai moi-même connu un médecin qui, atteint déjà de symptômes graves dont il appréciait très-bien la nature, marquait d'avance l'époque prochaine où il devrait être tombé dans l'*idiotisme*.

Ces malades ne sont point aliénés, et si les choses restaient ainsi, il

(1) Tout cela n'a pas empêché certains auteurs de me ranger parmi les partisans de la doctrine des paralysies générales sans lésion des facultés intellectuelles. Dans un travail sur la paralysie générale, publié en 1847, j'ai, à l'exemple de beaucoup d'auteurs, mais à tort assurément, employé comme synonymes les mots *folie* et *aliénation*. Après avoir établi que la paralysie générale n'existe jamais sans *démence*, j'ai dit qu'elle existe au contraire souvent sans *folie*. A la page suivante, au mot *folie*, j'ai substitué le mot *aliénation*. Or, de ce que j'admettais des paralysies générales sans folie, on a cru pouvoir conclure que j'étais partisan des paralysies générales sans lésion de l'intelligence, bien que j'eusse, dans le même travail, dit de la manière la plus positive que la paralysie générale a pour effet constant d'affaiblir ou même d'abolir les facultés intellectuelles. En 1853, j'ai cru devoir réclamer, dans la *Gazette médicale* et dans les *Annales médico-psychologiques*, contre l'opinion qu'on m'avait prêtée. Je n'en ai pas moins trouvé les mêmes idées reproduites depuis lors dans plusieurs ouvrages, et entre autres dans le *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, de M. Calmeil.

faudrait bien admettre des paralysies générales *sans aliénation mentale*, mais est-il prouvé que les choses peuvent persister dans ces conditions jusqu'à la terminaison de la dernière période, c'est ce que je ne crois pas. M. Linas n'a pas donné la fin de l'observation que je viens de rappeler, et quant au médecin dont j'ai parlé, il est devenu aliéné dès la seconde période. On peut donc, je crois, admettre en principe que la paralysie générale, quand son évolution est complète, aboutit toujours à la démence, c'est-à-dire à l'aliénation mentale.

En résumé, l'affaiblissement de l'intelligence, de l'avis de tous les auteurs, ne manque jamais d'accompagner la paralysie générale; il est donc un symptôme essentiel de cette maladie. Si l'on observait un malade présentant la lésion générale du mouvement mais ayant l'intelligence parfaitement intacte, il faudrait, avant de le déclarer atteint de paralysie générale, attendre que l'affaiblissement de l'intelligence se soit montré.

Si cet affaiblissement de l'intelligence ne peut, au début, être constamment assimilé à la démence, c'est-à-dire à l'aliénation mentale, il est extrêmement rare que les progrès de la maladie n'amènent pas cette transformation.

On ne peut donc se refuser à admettre qu'il y a au moins dans la paralysie générale deux ordres de symptômes essentiels : les symptômes de paralysie et les symptômes d'affaiblissement intellectuel ou de démence.

L'opinion d'Esquirol, « que les symptômes de paralysie chez les déments paralytiques ne doivent pas être confondus avec les symptômes qui caractérisent la démence, pas plus que les signes du scorbut qui compliquent souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle, » cette opinion est désormais inadmissible.

Il est impossible de dire aujourd'hui, avec M. Delaye, que la paralysie générale est caractérisée « par l'affaiblissement graduel du système locomoteur », sans ajouter comme symptôme essentiel, l'affaiblissement de l'intelligence. Enfin, cette phrase inscrite à la première page de la Monographie de M. Calmeil, et qui résumait son opinion « de la paralysie générale, ou *lésion générale des mouvements*, paraissant dépendre d'une encéphalite chronique avec prédominance de la phlegmasie au pourtour du cerveau », cette phrase devrait, comme la définition de M. Delaye, être modifiée, en ajoutant à la lésion générale des mouvements la lésion également générale de l'intelligence.

La lésion générale du mouvement n'est donc ici ni une complication, ni un épiphénomène, ni un accident de la démence ; il n'y a pas chez les déments paralytiques deux maladies, mais deux ordres de symptômes essentiels concourant au même degré à caractériser une seule et même entité morbide : la *paralysie générale.*

§ 2. — Examen critique de la doctrine de Bayle.

On a vu que Bayle admettait deux ordres de symptômes pathognomoniques : des lésions de l'intelligence et des lésions des mouvements, et que sa doctrine différait en cela de celle d'Esquirol qui n'admettait que ce dernier ordre de symptômes. Quand Bayle rencontrait des cas de démence primitive avec des signes de paralysie, il les distinguait de la méningite chronique, parce que la folie n'avait pas préexisté. « La démence, dit-il, offre quelquefois des signes de paralysie incomplète, mais on la distingue de la troisième période de la méningite chronique par l'absence des signes indiqués plus haut. »

Or, les signes dont il veut parler, c'est surtout le délire ambitieux, ce sont les périodes de monomanie et de manie.

M. Calmeil, dès 1826, avait vu la paralysie générale avec les seuls signes de la démence; mais il regardait ces cas comme rares. « *Presque constamment*, dit-il, la démence se complique de symptômes qui lui sont étrangers et qu'il faut rapporter tantôt à la *monomanie*, tantôt à la *manie*. »

En disant que la monomanie et la manie sont presque constantes, M. Calmeil consacrait encore jusqu'à un certain point la doctrine de Bayle. Les faits qu'on peut opposer à cette doctrine sont aujourd'hui très-nombreux.

Les cas de paralysie générale avec démence simple sont surtout fréquents chez les femmes, comme j'ai pu le constater depuis plus de vingt ans à la Salpêtrière. J'insistais déjà sur ce fait en 1847, et je faisais surtout remarquer que beaucoup de ces malades succombent dans leurs familles, ce qui explique pourquoi les médecins des asiles d'aliénés n'en rencontrent pas un plus grand nombre.

C'est en effet, depuis lors, autant par des faits observés dans ma pratique particulière que par ceux recueillis à la Salpêtrière, que j'ai pu me convaincre de la fréquence des cas dans lesquels la folie n'existe pas.

Tout le monde semble d'accord, aujourd'hui, pour admettre que ces paralysies générales avec démence, mais sans folie, bien qu'elles ne soient pas les plus fréquentes, se présentent néanmoins souvent. M. Linas en a observé vingt-quatre cas à Charenton; M. Brierre de Boismont en signale treize cas sur cent.

Esquirol semble avoir vu à la Salpêtrière un grand nombre de ces malades; ce qui pourrait le faire croire, c'est cette opinion émise par lui que la démence se complique presque constamment de paralysie, placée en regard de ce fait d'une extrême importance :

« Sur deux cent trente-cinq individus en démence, j'en trouve, dit-il, trente-trois qui *avaient été* maniaques ou monomoniaques. »

Ajoutez quelques lypémaniaques, et il restera encore les trois quarts

de démences primitives. Or, que sont ces démences non précédées de manie ou de monomanie et débutant d'emblée, et qui se compliquent presque constamment de paralysie générale, si ce n'est la démence paralytique primitive dont j'essaye d'établir ici la fréquence?

En dehors des asiles, les démences paralytiques étaient autrefois désignées, dans quelques cas, sous les dénominations diverses de ramollissement du cerveau, d'encéphalite, d'hydrocéphale chronique, etc.

On trouve, sous le titre d'*Encéphalite*, une observation de ce genre dans le traité de l'encéphalite de M. Bouillaud. Les lésions et les symptômes sont si tranchés, qu'aucun doute n'est possible.

Le malade avait perdu complétement la mémoire et il donnait des signes d'imbécillité. Plus tard vint la faiblesse des jambes. La mort eut lieu comme cela arrive si fréquemment dans la démence paralytique, par des attaques épileptiformes; enfin à l'autopsie, on trouva des adhérences des membranes à la couche corticale.

Dance a cité, sous le titre d'*hydrocéphale chronique*, une observation de démence paralytique.

Chaque jour on nous amène à la Salpêtrière des malades chez lesquelles on a commencé à observer la perte de la mémoire, du bégayement, de la faiblesse dans les jambes. Peu à peu ces symptômes se sont aggravés; les malades ont fini par se perdre dans les rues et les agents de police les font conduire à l'hospice où elles arrivent quelquefois à un degré très-avancé de la maladie.

Ces femmes n'ont eu ni accès de manie, ni accès de mélancolie, elles sont tombées progressivement dans la démence paralytique sans autres symptômes que des phénomènes obscurs de réaction.

En présence de ces cas où la folie manque, où les lésions de l'intelligence ne consistent que dans l'affaiblissement toujours croissant des facultés, il est impossible de considérer, avec Bayle, la folie comme un des symptômes essentiels de la maladie.

D'autres faits, bien plus nombreux que ceux dont je viens de parler, conduisent à la même conclusion. Il y a beaucoup de cas débutant par la démence et la paralysie, dans lesquels ces symptômes sont permanents et si tranchés que le diagnostic peut être sûrement établi. Plus tard, et à une période souvent avancée, il survient des signes de délire. Ces signes sont le plus souvent passagers, peu accentués, et se remarquent à peine au milieu des phénomènes prédominants de la démence et de la paralysie, ils ne changent rien alors au fond de la maladie dont ils modifient à peine la physionomie.

Ce qu'il importe, en effet, de voir dans les maladies ce sont leurs caractères principaux et dominants.

Un accès complet de manie avec l'incohérence, l'agitation, la violence,

se prolonge plusieurs mois, et pendant sa durée on observe quelques signes passagers et obscurs de paralysie ou de démence. Cet accès n'en perd pas pour cela son caractère d'accès maniaque.

De même, la démence et la paralysie s'établissent d'emblée avec les caractères les plus tranchés, et cette démence paralytique ne cessera pas d'être envisagée comme telle, parce qu'il sera survenu quelques conceptions délirantes ambitieuses ou hypochondriaques.

La démence paralytique débute donc assez souvent avec ses symptômes propres et sans être précédée de monomanie, de manie ou de mélancolie. Dans beaucoup de cas elle ne s'accompagne que d'un délire obscur et vague, qui souvent peut passer inaperçu, et ne constitue qu'un symptôme accessoire

Je crois inutile d'insister pour prouver la fréquence des démences paralytiques primitives.

La doctrine de Bayle, c'est-à-dire l'existence constante de la monomanie et de la manie, ne saurait donc être soutenue aujourd'hui.

Il est désormais démontré que beaucoup de paralytiques arrivent à la dernière période sans avoir autre chose que des symptômes toujours croissants de démence, réunis ou non à quelques traces d'un délire vague ; ce délire, quand il existe, constituant un symptôme tout à fait accessoire.

Ce qui domine ou ce qui existe exclusivement alors, ce sont les phénomènes de démence.

Il est donc impossible de regarder avec Bayle la folie comme un symptôme constant et essentiel de la paralysie générale.

Il n'y a donc lieu d'admettre que deux ordres de symptômes essentiels pour caractériser la paralysie générale : les symptômes de démence et de paralysie.

Cette opinion est aujourd'hui acceptée par un certain nombre de médecins, parmi lesquels j'ai déjà cité plus haut M. Sauze. C'est celle qu'a soutenue M. Lunier dans son travail sur la paralysie générale, et on la trouve nettement exprimée dans le traité sur les maladies mentales de M. Marcé. En parlant de la *variété paralytique*, cet auteur fait remarquer qu'on constate chez les malades « les deux éléments essentiels de la paralysie générale : affaiblissement de l'intelligence, troubles de la motilité. Il n'y a pas à proprement parler, ajoute-t-il, de conceptions délirantes, mais celles-ci, qui dans la paralysie générale varient depuis la conception ambitieuse la plus extravagante jusqu'à l'idée mélancolique ou hypochondriaque la plus dépressive, peuvent être envisagées comme un symptôme secondaire, et pour ainsi dire surajouté, dont l'existence n'est nullement nécessaire pour constituer la maladie. »

Cette doctrine, qui fait de la folie un symptôme secondaire, et pour

ainsi dire surajouté, comme le dit M. Marcé, a pour adversaires les auteurs qui ont adopté la dénomination de *folie paralytique* créée par M. Parchappe. Ne serait-ce pas, en effet, une grave inconséquence que d'emprunter la dénomination de la maladie à un symptôme secondaire et surajouté ?

RÉSUMÉ DU CHAPITRE PREMIER.

1° Deux doctrines principales ont été soutenues sur la manière dont la paralysie générale doit être envisagée au point de vue de ses symptômes essentiels.

La première, celle d'Esquirol, consiste à n'admettre qu'un seul ordre de symptômes essentiels fourni par la lésion des mouvements. Cet auteur déclare que les symptômes de paralysie, s'ils se trouvent réunis à la démence, ne doivent pas être confondus avec elle « pas plus que les signes de scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle ». La conséquence de cette opinion, c'est qu'il existe chez l'aliéné paralytique deux affections différentes, la *démence* et la *paralysie*, comme chez d'autres malades existent la démence et le scorbut.

La seconde doctrine est celle de Bayle. La paralysie générale, d'après cet auteur, serait caractérisée par deux ordres de symptômes essentiels, les lésions de l'intelligence (folie et démence) et les lésions du mouvement (paralysie générale incomplète). Là où ses devanciers avaient admis deux maladies différentes, Bayle n'a vu que deux ordres de symptômes concourant au même degré à caractériser une seule et même unité morbide qu'il a désignée sous les dénominations de *méningite chronique* ou de *monomanie ambitieuse avec paralysie*. — La maladie qu'Esquirol rangeait dans la classe des *paralysies* forme pour Bayle un nouveau genre de *folie*.

2° La démence simple, symptomatique des diverses affections organiques du cerveau, celle que M. Parchappe appelle *imbécillité*, s'observe constamment chez les malades atteints de paralysie générale quand cette maladie parcourt toutes ses périodes, et l'on n'a pas publié une seule observation dans laquelle elle ait manqué. Elle ne constitue, dans cette affection comme dans toutes les autres, qu'un symptôme, et il est impossible de la considérer comme une maladie distincte. On ne peut donc admettre, avec Esquirol, que chez l'aliéné paralytique les signes de paralysie ne doivent pas être confondus avec les signes de démence « pas plus que les signes du scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle. »

Les signes de paralysie et de démence réunis chez le même malade ne forment donc pas deux affections différentes, mais deux ordres de symptômes concourant au même degré à caractériser une seule et même entité morbide.

Il arrive quelquefois au début de la paralysie générale que les malades n'ont qu'un simple affaiblissement de l'intelligence dont ils ont conscience. Ils ne peuvent alors être encore assimilés aux aliénés. A mesure que les symptômes s'aggravent, cette conscience de leur état finit par disparaître et les paralytiques tombent dans un véritable état de démence. La paralysie générale a donc toujours l'aliénation pour conséquence.

3° Quant à la doctrine de Bayle, qui tendrait à faire admettre trois ordres de symptômes essentiels appartenant à la folie, à la démence et à la paralysie, elle devient insoutenable devant ce fait que les signes de folie manquent dans un certain nombre de cas lesquels sont alors uniquement caractérisés pendant toutes les périodes de la maladie par les symptômes de démence et de paralysie.

La paralysie générale n'est donc caractérisée ni par un seul ordre de symptômes essentiels, selon l'opinion d'Esquirol, ni par trois ordres, selon celle de Bayle.

Les symptômes essentiels de cette maladie, ceux sans lesquels elle n'existe jamais, sont de deux ordres : les uns sont constitués par les phénomènes de *paralysie* et les autres par les phénomènes de *démence.*

CHAPITRE II

DES SYMPTÔMES ACCESSOIRES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Ces symptômes, assez nombreux, sont loin d'avoir tous la même valeur. Il en est que je me bornerai à indiquer brièvement ; mais j'étudierai avec quelques détails ceux qui me paraissent les plus importants, ce sont :

1° Pour les *lésions des facultés intellectuelles :* le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque ;

2° Pour les *lésions des mouvements :* le besoin exagéré d'activité, l'hésitation de la parole, le tremblement des lèvres et de la langue, le tremblement des membres, l'inégalité et la contraction extrême des pupilles ;

3° Pour les *lésions de la sensibilité ;* une anesthésie plus ou moins générale de la peau.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS DES FACULTÉS INTELLECTUELLES.

§ 1. — **Du délire des grandeurs.**

C'est à Bayle que revient l'honneur d'avoir découvert la connexion du délire ambitieux et de la paralysie. C'est lui qui a établi que le délire qui précède ou accompagne cette maladie « se distingue toujours ou *presque* toujours des autres espèces de folie pendant *une partie* ou toute la durée de son cours, par des idées dominantes de richesses, de grandeurs, de puissance, etc. »

Les observations si nombreuses recueillies depuis Bayle ont confirmé son opinion. Ce n'est pas que cette opinion n'ait été très-vivement combattue, mais l'opposition qu'elle a rencontrée peut s'expliquer d'une manière très-simple.

Bayle croyait que la monomanie et la manie forment constamment la première et la deuxième période de la paralysie générale. Il ignorait qu'un assez grand nombre de malades n'ont pas de délire, pas plus celui des grandeurs que tout autre ; il ignorait aussi que la paralysie générale est assez souvent précédée ou accompagnée de mélancolie. Ce qu'il dit du délire ambitieux ne doit donc s'entendre que des cas de monomanie et de manie.

Or, est-il vrai que dans cet ordre de faits le délire des grandeurs survienne à une époque ou à une autre d'une manière presque constante? La solution de la question ainsi posée ne me paraît pas douteuse. Je me bornerai à citer le passage suivant emprunté à M. Calmeil :

« Chez un très-grand nombre d'aliénés paralytiques, l'affaiblissement de l'intelligence se trouve masqué, s'il est permis de s'exprimer ainsi, par un délire exclusif infiniment remarquable, et qui mérite d'autant plus d'attention, que très-souvent il a servi à diagnostiquer la paralysie générale plusieurs mois avant son apparition. Les sujets sont dominés par l'idée des grandeurs ; ils s'imaginent posséder des millions, des villes, des provinces, des empires, des mondes. »

Ainsi non-seulement ce *délire exclusif* infiniment remarquable existe chez un très-grand nombre d'aliénés paralytiques, mais *très-souvent* il a servi à *diagnostiquer* la paralysie générale plusieurs mois avant son apparition.

On ne peut assurément rien dire qui confirme à un plus haut degré l'opinion de Bayle. La vérité de cette opinion a d'ailleurs été complétement démontrée par les recherches faites depuis trente ans. Il n'est pas

aujourd'hui un médecin aliéniste qui, observant des idées de grandeur très-prononcées chez un maniaque, ne porte un pronostic fâcheux, et ne signale ce délire comme pouvant faire craindre l'invasion plus ou moins prochaine de la paralysie générale.

Cependant il importe de faire remarquer qu'on n'accorde pas, sous ce rapport, au délire ambitieux la même valeur dans les différentes formes de la folie.

On a bien souvent répété et avec raison que le délire partiel avec prédominance d'idées de grandeurs qui accompagne la paralysie générale n'a pas les caractères de la véritable monomanie, et j'ai moi-même insisté ailleurs sur ce fait. Le malade, outre ce délire partiel ambitieux, offre en effet le plus souvent des signes de démence. Il n'en est pas ainsi quand la monomanie des grandeurs est isolée de tout symptôme de paralysie. En général même, on pense que ces véritables monomanies ambitieuses n'ont pas plus de connexions avec la paralysie que les folies non ambitieuses. Je crois que sous ce rapport on est allé trop loin, et que la connexion, pour être moins étroite, n'en existe pas moins; je citerai plus loin des faits qui tendent à le démontrer.

La manie avec prédominance d'idées de grandeur est beaucoup plus fréquente que la véritable monomanie. En outre, le délire ambitieux, quand il est bien prononcé, acquiert chez les maniaques une valeur beaucoup plus grande comme signe pronostique. Il est certain que si la monomanie ambitieuse peut faire redouter la paralysie, la manie doit la faire craindre beaucoup plus encore. La surexcitation qui caractérise la manie hâte, en effet, et aggrave les phénomènes congestifs, et par conséquent l'apparition des signes de paralysie.

Quant à la démence, il faut bien distinguer la démence consécutive aux diverses vésanies de la démence simple primitive. Dans le premier cas, on trouve souvent des idées de grandeur que les malades ne manifestent pas, et qui passeraient inaperçues si on ne les recherchait avec soin. Ces déments ne sont pas plus tard atteints de paralysie générale. Dans la démence simple primitive, les idées de grandeur sont, au contraire, un signe très-important, et qui permet de regarder comme très-probable l'invasion de la paralysie générale.

Dans la folie à double forme, on observe souvent pendant la période d'excitation un délire qui offre les caractères du délire paralytique. Quelquefois même il existe en outre quelques signes légers de paralysie. M. Renaudin a cité un cas où ces signes étaient même très-tranchés. Cependant ces malades n'arrivent pas à la paralysie générale, et par conséquent le pronostic au point de vue de la durée de la vie est beaucoup moins grave.

On voit donc que la valeur du délire ambitieux n'est pas la même comme signe pronostique dans toutes les formes de la folie.

Je m'abstiens d'ailleurs de reproduire beaucoup de critiques contre l'opinion de Bayle, parce que les auteurs, comme je l'ai dit plus haut, sont partis de ce point qu'il y a des malades qui n'ont pas de délire ou qui sont mélancoliques, et que, par conséquent, presque tous les aliénés paralytiques n'ont pas le délire ambitieux.

Restreinte aux cas de paralysie générale accompagnés de monomanie et de manie, l'opinion de Bayle avec la réserve qu'il a faite me paraît conforme à l'observation. Appliquée à tous les cas sans exception (monomanie, manie, mélancolie, démence simple), cette opinion serait exagérée.

Il y a cependant un point pour lequel Bayle, même en s'en tenant aux seuls cas qu'il ait vus, me semble être allé beaucoup trop loin : c'est quand il a prétendu, en parlant du délire des grandeurs « que ce délire dominait les malades de la manière la plus tyrannique et ne laissait aucune place à des idées d'un autre ordre ». Cela n'est certainement point exact, et bon nombre de malades ont en même temps que le délire ambitieux, ou dans les périodes où celui-ci n'existe pas, des conceptions délirantes de toute autre nature. Il n'est donc pas vrai de dire que ce délire ne laisse aucune place à des idées d'un autre ordre.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien, en dehors de son importance clinique, le fait nouveau signalé par Bayle est curieux sous le rapport de la physiologie pathologique. N'est-ce pas une chose bien singulière que ces idées d'ambition qui préludent presque constamment à la destruction lente de l'intelligence et des mouvements?

C'est en vain qu'on a cherché à expliquer ce fait par l'influence des idées régnantes, par la fièvre de spéculation qui entraîne tant de gens à la poursuite de la fortune, par ces luttes si ardentes dont les honneurs sont le but. Pour se convaincre que telle n'est pas sa véritable cause, il suffit de voir que le délire ambitieux, comme signe précurseur de paralysie générale, s'observe dans les conditions les plus différentes ; je l'ai constaté chez les pauvres paysans pellagreux de la Lombardie, aussi bien que chez les hommes des professions libérales. J'ai vu un malade qui, après neuf années de manie chronique sans trace de délire ambitieux, se mit à parler de millions le lendemain d'une congestion. M. Moreau a observé un épileptique qui avait des idées de grandeurs à la suite de chaque attaque. Ces faits et beaucoup d'autres que je pourrais citer prouvent que l'explication du délire ambitieux est encore à trouver. Tout ce qu'on sait, c'est que dans un très-grand nombre de cas il survient à la suite d'une congestion cérébrale.

En résumé, de tous les symptômes précurseurs de la paralysie générale, il n'en est aucun qui soit plus généralement accepté que le délire des grandeurs, et sa valeur sous ce rapport est désormais un fait complétement acquis à la science.

§ 2. — **Du délire hypochondriaque.**

En 1860, dans une note lue à l'Académie des sciences, je signalai chez les aliénés paralytiques l'existence d'un délire spécial de nature hypochondriaque, et qui par sa fréquence dans la forme mélancolique constituerait un nouveau symptôme de la maladie. Au lieu d'un seul délire spécial dans la paralysie générale, il y en aurait donc deux. Le délire ambitieux serait le délire spécial de la monomanie et de la manie, c'est-à-dire des formes qu'on a appelées *expansives;* le délire hypochondriaque, au contraire, serait le délire propre à la mélancolie et aux formes dites *dépressives.*

Je ne prétends pas, d'ailleurs, que les paralytiques atteints de mélancolie ne peuvent point avoir un délire de nature différente, mais je crois que le délire hypochondriaque, par son extrême fréquence et ses caractères spéciaux, mérite dans ses rapports avec la paralysie générale une place à part, qu'il peut devenir un signe diagnostique d'une assez grande importance, et permettant, dans certains cas comme le délire ambitieux, de prédire l'invasion de la paralysie générale plusieurs mois à l'avance.

Avant de décrire les caractères de ce délire hypochondriaque, il est nécessaire de faire remarquer que ces caractères varient beaucoup selon le degré de la maladie.

Le délire ambitieux, quand la perturbation est très-grande et que la démence est très-avancée, est caractérisé par les idées les plus extravagantes. Les malades ont des maisons en or, ils possèdent des milliards, le monde entier leur appartient, etc., mais au début, chez les aliénés calmes qui offrent peu ou point de signes de démence, le délire ambitieux revêt des formes telles, qu'il faut assez souvent faire prendre des informations. Il m'est arrivé quelquefois d'être obligé de suspendre mon jugement et d'interroger les parents des malades. Le délire alors est contenu dans des limites si étroites, qu'on est fort embarrassé pour savoir si les allégations sont vraies ou fausses.

Il en est tout à fait de même pour le délire hypochondriaque : au début il n'a assez souvent rien d'absurde, et je pourrais citer des cas où les médecins se sont laissé tromper par les symptômes imaginaires qu'accusaient les aliénés : c'est alors l'hypochondrie avec ses conceptions délirantes ordinaires ; à un degré plus avancé, au contraire, on voit les idées les plus extravagantes caractériser le délire.

Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complétements obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, qu'ils n'ont plus de ventre, qu'ils n'ont plus de sang ; ou bien que leur pharynx est bouché, leur ventre est barré. Il semble à quel-

ques-uns que les aliments qu'ils prennent sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau ou même dans leurs vêtements. D'autres malades prétendaient que leur corps tombait en putréfaction. Plusieurs d'entre ces derniers paraissaient avoir des hallucinations de l'odorat.

Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir les yeux et qu'ils sont devenus aveugles ; d'autres cessent de parler et assurent plus tard qu'il leur était impossible d'ouvrir la bouche, ils affirment encore ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner. Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils sont plus gros ou plus petits, ils disent même qu'ils ne les ont plus, Enfin, ils vont jusqu'à se croire morts. Ils restent immobiles, les yeux fermés, et quand on soulève leurs membres ils les laissent retomber comme s'ils étaient complétement paralysés.

Ces diverses conceptions délirantes entraînent souvent de fâcheuses conséquences. Beaucoup de malades refusent avec plus ou moins d'énergie de prendre des aliments, et quelquefois il faut recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne. Les malades, pour peu que le délire se prolonge, ne tardent pas à tomber dans le marasme. J'ai vu succomber, après huit jours seulement, un aliéné qui opposa la plus grande résistance à l'emploi de la sonde, d'après cette idée que son estomac était déjà complétement plein et son pharynx obstrué. Un hypochondriaque, au début de la paralysie générale, prétendait qu'il ne pouvait plus uriner et en même temps il faisait des efforts pour retenir son urine. Sa vessie se distendit énormément et il se donna une véritable rétention. Il fallut avoir recours au cathétérisme qui offrit de grandes difficultés. Au bout de quelques jours le chirurgien pratiqua une fausse route, le malade succomba rapidement étant encore à la première période.

Le délire hypochondriaque peut d'ailleurs enfanter les conceptions délirantes les plus étranges. J'ai dans ce moment, à la Salpêtrière, une femme qui croit qu'elle a une langue de *chrysocale*. M. Moreau cite le cas d'un aliéné qui prétendait avoir avalé son gosier.

Chez beaucoup de malades ce délire alterne avec le délire ambitieux ou se trouve mêlé avec lui. Il y a même des cas où les conceptions délirantes participent des deux délires. Ainsi un paralytique croyait avoir des billets de banque dans la tête, une mine d'argent dans le corps. Au début, comme je l'ai dit plus haut, les idées hypochondriaques sont très-différentes. Les malades accusent des angines, des inflammations de l'estomac, des poumons, des douleurs dans toutes les parties du corps, surtout des étouffements qui leur font croire que l'air va leur manquer, qu'ils vont expirer, etc. Souvent les femmes croient avoir des affections de l'utérus et demandent qu'on les examine et qu'on les traite. A cette période et dans ces conditions, les parents des malades acceptent toutes ces

idées comme réelles. Souvent on observe des espèces de crises d'excitation dans lesquelles les plaintes deviennent très-vives.

Depuis la publication de mon travail, plusieurs observateurs ont confirmé les rapports de la paralysie générale et du délire hypochondriaque. Je citerai surtout MM. Moreau, Michéa et Dufour. Ces auteurs ont rapporté des faits très-curieux en tout semblables à ceux que j'avais observés.

Le mémoire de M. Moreau me paraît principalement, comme confirmation de mes recherches, avoir une grande importance (1). Ce n'est, en effet, que par la comparaison d'un assez grand nombre d'observations appartenant les unes à la paralysie générale et les autres à la folie simple, qu'il est arrivé à cette conclusion :

« Qu'il existe entre le délire spécial hypochondriaque et la paralysie générale des rapports, sinon nécessaires, du moins très-intimes, dont l'importance n'avait jusqu'ici éveillé l'attention d'aucun observateur. »

La seule réserve qu'ait faite M. Moreau tient à la question du délire hypochondriaque comme signe précurseur de la paralysie générale. Il croit que cette question a besoin d'être encore étudiée, mais plusieurs faits le portent à penser que les recherches ultérieures démontreront que le délire hypochondriaque peut précéder la paralysie générale au même titre, moins la fréquence, que le délire ambitieux.

Outre que plusieurs des malades cités par M. Moreau ne donnaient encore que des *craintes* pour le développement de la paralysie générale, je rappellerai qu'il n'est presque pas un symptôme de cette maladie qui ne puisse se montrer isolé comme signe précurseur pendant un temps plus ou moins long. On comprend d'ailleurs qu'il s'agit de savoir, pour juger cette question, sur quels éléments on fait reposer la certitude du diagnostic. Ainsi un malade, à son entrée à Bicêtre, offrait « un état d'hébétude, de vague, d'indécision, dans la manière dont il s'exprimait, un état de prostration morale et physique tout à la fois, qui, en l'absence de tout autre symptôme suffisamment clair me fit, dit M. Moreau, diagnostiquer la paralysie générale. »

Ce diagnostic s'est trouvé confirmé plus tard, mais combien de malades plongés dans la mélancolie avec stupeur qui offrent tous ces symptômes sans devenir paralytiques ; combien de médecins pour lesquels les symptômes indiqués ne suffiraient pas pour asseoir le diagnostic !

Quant à moi qui vis ce malade peu de temps après son entrée à Bicêtre, c'est par le délire hypochondriaque que mon attention a d'abord été éveillée sur des craintes de paralysie générale. Ce qui n'est pas dou-

(1) *Union médicale*, 1861, t. IX.

teux, c'est que cet homme avait des idées hypochondriaques avant de présenter aucun symptôme de lésion des mouvements, et que ces idées ont concouru à faire prévoir la paralysie qui se montra plus tard.

Un autre malade cité par M. Moreau était dans le même cas « l'ensemble des symptômes suffisait pour inspirer des *craintes* sérieuses pour un état *futur* de paralysie générale. »

C'est alors que survinrent des idées hypochondriaques, « qui ne pouvaient cette fois, dit M. Moreau, manquer d'éveiller notre attention. »

En parlant du délire hypochondriaque comme signe précurseur de la paralysie générale, je ne prétends pas que ce signe est toujours isolé; je prétends seulement que souvent, comme dans les observations de M. Moreau, il fait partie de cet ensemble de symptômes qui font *craindre* la paralysie générale, alors qu'il n'existe encore aucun signe essentiel; qu'il figure souvent dans ces cas qui, dans le mémoire de M. Moreau, forment la troisième catégorie d'observations, celles dans lesquelles « l'état paralytique est douteux (1). »

C'est dans ces cas douteux que l'apparition du délire hypochondriaque peut être utile pour le pronostic.

Je rappellerai à cet égard l'observation d'un mélancolique, rapportée dans la thèse de M. le docteur Combes, et que j'ai citée dans la note présentée à l'Académie des sciences.

En lisant cette observation, j'avais été frappé de ce passage: « Une des idées *prédominantes* de M. J..., c'est *qu'il est perdu, qu'il va mourir si même il n'est déjà mort, que ses membres sont anéantis, qu'il ne les a plus*, etc. » Le malade n'avait offert aucun signe de paralysie, et il était sorti *guéri* après une année de séjour à l'asile de Sainte-Gemmes. Cependant si le délire spécial hypochondriaque est, comme je l'avais annoncé, un signe précurseur de paralysie générale, il y avait au moins des présomptions pour croire que ce malade était plus tard devenu paralytique. Sur cette donnée j'écrivis à M. Combes, et la réponse confirma le pronostic basé sur les conceptions délirantes hypochondriaques notées dans l'observation.

Après avoir repris pendant un an ses travaux comme notaire, le malade avait eu une rechute; il était rentré à l'asile avec les symptômes les plus tranchés de paralysie générale.

Il faut donc, à mon avis, se défier des guérisons d'accès de mélan-

(1) C'est évidemment par inadvertance que M. Moreau, à la fin de son mémoire, dit qu'il n'a observé le délire hypochondriaque que dans des cas où il était accompagné de symptômes qui ne pouvaient *laisser aucun doute sur l'existence de la paralysie générale*. La troisième catégorie de faits cités par lui a pour titre : *Délire spécial, hypochondriaque, état de paralysie sans caractère bien tranché.*

colie avec délire hypochondriaque, comme on se défie des guérisons d'accès de manie avec délire ambitieux.

Depuis trois ou quatre ans j'ai recueilli un si grand nombre de faits, que l'importance du délire hypochondriaque comme symptôme de paralysie générale ne me paraît pas douteuse. Cependant, malgré les mémoires de MM. Moreau, Michéa et Dufour, l'opinion que j'ai émise a soulevé et soulève encore des critiques. Je suis bien loin de m'en étonner ni de m'en plaindre. Tout ce que je demande, c'est qu'on observe avec soin et sans prévention. Qu'on recherche le délire hypochondriaque chez ces paralytiques plongés dans la mélancolie avec stupeur, et qui refusent de prendre des aliments, et l'on trouvera le plus souvent des conceptions délirantes hypochondriaques qui, dans l'état de semi-mutisme où sont les malades, passent ordinairement inaperçues.

ARTICLE II.

LÉSIONS DU SYSTÈME MUSCULAIRE.

§ 1. — **Activité exagérée. — Agitation spasmodique.**

Le début de la paralysie générale est souvent marqué par des phénomènes de stimulation musculaire très-remarquables : les malades déploient alors une activité extrême, ils sont sans cesse en mouvement et comme entraînés par des impulsions automatiques. Beaucoup d'entre eux font de longues courses sans but et passent leurs journées dans une agitation stérile, avec l'apparence de gens très-occupés.

Ce symptôme a été très-bien décrit par M. Lasalle, dans son excellente thèse.

« Les phénomènes de stimulation musculaire consistent quelquefois, dit-il, en une simple exaltation de l'activité fonctionnelle. Les mouvements sont incoercibles, mais ils sont réguliers, coordonnés entre eux. Cet état précède souvent l'invasion proprement dite de la maladie.

» C'est un premier signe qui ne nous paraît pas sans valeur, par cela même qu'on l'observe à une époque où l'expression symptomatique est encore indécise. Nous avons vu des malades chez lesquels l'impulsion qui les portait à se mouvoir devenait tellement irrésistible qu'ils marchaient sans s'arrêter, avec une précipitation toujours croissante, jusqu'à épuisement complet de leurs forces. »

Bayle a signalé les mêmes symptômes pendant la période maniaque. « Les malades, dit-il, sont dans une agitation continuelle... dans une mobilité de tous les instants... leur vie se passe à errer dans les chambres de leur quartier, les cours, les corridors, les jardins, qu'ils par-

courent successivement et sans s'arrêter nulle part, presque toujours en marchant à grands pas, et courant comme s'ils étaient pressés d'arriver, mais poussés par une cause qui enchaîne leur intelligence et leur volonté. Ils ne savent ni ce qu'ils font ni où ils vont, et n'ont pas même conscience de leur existence. Au milieu de cette agitation, ordinairement ils bouleversent tout ce qui tombe sous leurs mains. Souvent ils déchirent leurs vêtements, brisent et cassent tout ce qu'ils rencontrent. »

Le même auteur ajoute qu'on est alors obligé d'attacher les malades, mais que si le *désordre de l'appareil musculaire* est moins grand, on les laisse épuiser librement leur *mobilité incoercible*.

Sous la dénomination d'*agitation spasmodique*, Bayle décrit plus loin, en parlant des phénomènes convulsifs, le degré le plus élevé de la surexcitation musculaire.

« Les malades, dit-il, sont dans un état d'agitation et de fureur aveugle continuelle et incoercible ;... ils frappent, brisent, cassent, déchirent, renversent tous les objets qu'ils rencontrent ;... l'appareil locomoteur tout entier exécute sans cesse les mouvements les plus violents et les plus désordonnés... Les malades parlent sans relâche, avec une mobilité excessive ;... ils chantent, crient, vocifèrent, s'agitent dans tous les sens dans leur fauteuil, remuent la tête, la portent en arrière, en avant, lui impriment des mouvements de rotation, étendent et fléchissent les membres, se roidissent, frappent les pieds sur le plancher, font des efforts des bras pour briser les liens qui les retiennent, impriment des secousses continuelles au siége sur lequel ils sont assis... La face participe toujours à ce désordre général, elle est décomposée et dans une agitation continuelle. »

Ce tableau de la surexcitation musculaire portée au plus haut degré est plein de vérité, et nous voyons malheureusement souvent dans nos asiles des cas qui en réalisent tous les traits.

Il importe de ne pas oublier que ces phénomènes presque convulsifs ne sont que le degré extrême de cette mobilité, de ce besoin de mouvement qu'offrent au début un grand nombre de malades, chez lesquels, comme le dit M. Lasalle, l'expression symptomatique est encore indécise.

Il convient de faire remarquer qu'en même temps qu'il existe une mobilité incoercible, les mouvements sont loin d'être réguliers ; ils deviennent brusques, saccadés, et l'on voit qu'ils ont cessé d'être complétement soumis à l'empire de la volonté. La désharmonie et le défaut de coordination qui résultent de cet état se traduisent à chaque instant chez les malades par des actes de maladresse qui ne manquent pas de fixer l'attention des personnes qui les entourent.

§ 2. — Hésitation de la parole; tremblement des lèvres et de la langue; tremblements des membres.

Hésitation de la parole. — On observe souvent ce symptôme à des degrés différents, longtemps avant l'invasion de la paralysie générale. Les malades sont, à certains moments, arrêtés brusquement pour la prononciation de certains mots. Ils ont alors à faire un effort plus ou moins grand, et cet effort surmonté, leur parole est brusque et précipitée.

Cette hésitation de la parole n'est pas due à un commencement de paralysie de la langue; elle est le résultat d'un état spasmodique auquel participe souvent plus ou moins le système musculaire tout entier. Chez certains maniaques en proie à une agitation semi-convulsive, les muscles de la face sont sans cesse en mouvement et l'hésitation de la parole acquiert alors son summum d'intensité. La prononciation est saccadée, brusque, sans cesse interrompue, et elle a véritablement quelque chose de convulsif. Rien de plus tranché, de plus facile à saisir alors que ce symptôme; mais il n'en est pas de même dans d'autres cas où les phénomènes de stimulation musculaire sont à peine sensibles. Il faut alors beaucoup d'attention et d'habitude pour constater ces légers temps d'arrêt qui reviennent dans la conversation à des intervalles assez éloignés.

L'hésitation de la parole n'est pas continue; on l'observe très-prononcée dans certains moments, puis elle disparaît complétement. Il en est autrement pour l'embarras de la parole dû à un commencement de paralysie des muscles de la langue. Une fois établi, il peut sans doute s'aggraver momentanément sous l'influence d'une congestion, mais il ne disparaît jamais complétement. Le caractère de la prononciation est d'ailleurs alors très-différent; le malade parle avec lenteur, il sépare et traîne les syllabes. Certains auteurs, comme Requin, par exemple, qui n'ont vu dans la paralysie générale que les symptômes d'affaiblissement, n'ont parlé que de cette *lenteur* de la prononciation, qui augmente progressivement à mesure que les autres symptômes de paralysie vont aussi en s'aggravant.

L'hésitation de la parole, en tant que phénomène spasmodique, a beaucoup moins de gravité que l'embarras de la prononciation produit par un commencement de paralysie des muscles de la langue. Tout en lui accordant l'importance qu'elle mérite comme symptôme précurseur, il convient de ne pas oublier qu'on l'observe chez des sujets livrés aux excès alcooliques, chez des malades atteints de pertes séminales; enfin qu'elle se produit chez certaines personnes sous l'influence de la moindre émotion.

Tremblement des lèvres. — Ce tremblement précède l'articulation

des mots. Il se manifeste au moment où le malade ouvre la bouche pour parler ; souvent il est beaucoup plus prononcé d'un côté. Ce symptôme a été signalé par tous les auteurs qui, en général, lui accordent une assez grande importance. Il convient cependant de rappeler qu'on l'observe quelquefois chez des hypochondriaques, dans certains cas de mélancolie avec stupeur, chez des sujets très-anémiques, mais surtout qu'il est souvent lié à des excès alcooliques. Il faut aussi ajouter que le tremblement des lèvres, comme l'hésitation de la parole, n'est pas continu. On le voit disparaître, puis revenir à des intervalles irréguliers et sous l'influence de conditions diverses.

Tremblements de la langue. — Les malades ne peuvent parvenir à maintenir la langue en repos quand ils la tirent hors de la bouche. L'effort qu'ils font alors rend très-manifeste le tremblement des lèvres. A une période plus avancée, on observe des mouvements vermiculaires à la surface de la langue. Ces symptômes existent souvent chez les malades atteints de folie alcoolique, et l'on ne peut les regarder comme propres à la paralysie générale.

Tremblements des membres. — Ces tremblements, dont il faut certainement tenir compte, et qui impliquent le changement qu'on observe dans l'écriture des malades, n'ont réellement de valeur que dans les cas où il n'y a pas eu d'excès alcooliques. On a d'ailleurs fait remarquer avec raison qu'ils sont loin d'être toujours liés à un commencement de faiblesse des membres.

Inégalité des pupilles. — J'ai signalé ce symptôme chez les aliénés paralytiques, il y a plus de dix ans, et il est un de ceux qui précèdent souvent l'apparition des symptômes essentiels. La valeur de ce signe ressort de la comparaison qu'on peut faire entre les aliénés atteints de folie simple et ceux qui offrent des symptômes de paralysie générale; autant l'inégalité des pupilles est rare chez les premiers, autant elle est fréquente chez les seconds.

M. Moreau a trouvé l'inégalité des pupilles chez plus de la moitié des paralytiques, M. Lasègue, dans un tiers des cas. Ces proportions sont considérables, eu égard à la rareté très-grande de ce symptôme dans la folie simple. Ce signe, quand il se présente bien tranché au début de la folie, est donc de ceux qui peuvent faire craindre l'invasion plus ou moins prochaine de la paralysie générale. Il peut être alors le premier ou l'un des premiers symptômes qui éveillent l'attention. C'est ce qui est arrivé tout récemment encore pour un malade âgé de trente ans et qui n'offrait aucune trace d'embarras de la parole après plus de deux mois d'invasion de la folie. Quatre médecins réunis en consultation n'osèrent décider si ce malade était atteint de *folie simple* ou de *folie paralytique*, mais se

fondant surtout sur l'inégalité très-grande des pupilles, ils déclarèrent qu'il était *menacé* de paralysie générale.

L'inégalité des pupilles peut avoir, dans certains cas particuliers, une importance spéciale : ainsi, chez certains malades atteints de stupeur mélancolique, l'immobilité, le mutisme, empêchent de constater les symptômes essentiels de la paralysie générale, et l'inégalité pupillaire, surtout si elle est persistante, éveille alors l'attention et permet de réserver le diagnostic jusqu'à l'apparition des autres signes de la maladie. Il est inutile d'ajouter qu'on peut rencontrer l'inégalité des pupilles existant depuis longtemps chez des sujets sains d'esprit et chez lesquels la paralysie générale n'est point à craindre. Appelé récemment près d'un mélancolique, je trouvai les pupilles très-inégales, mais la famille m'avertit bien vite qu'il en était ainsi depuis de longues années. A part ces cas exceptionnels, l'inégalité des pupilles au début de l'aliénation mentale est un des signes qui peuvent faire craindre l'invasion de la paralysie générale, et c'est ce qui paraît aujourd'hui généralement accepté.

Contraction extrême des pupilles. — Ce signe, sur lequel le docteur Austin a insisté, est fréquent dans la période d'invasion et dans le cours de la paralysie générale. On a souvent peine à comprendre comment la vision n'est pas altérée, tant est grand le resserrement de l'ouverture pupillaire.

ARTICLE III.

LÉSIONS DE LA SENSIBILITÉ.

Insensibilité de la peau. — Ce symptôme a été signalé par M. de Crozant, dans la manie avec délire des grandeurs. Plusieurs des malades, qui n'offraient encore aucun autre signe de paralysie, ont guéri de leur accès de manie et sont sortis de Bicêtre. Plus tard, ils y ont été ramenés avec des symptômes très-tranchés de démence paralytique.

D'après M. de Crozant, l'anesthésie devait, dans tous ces cas, être regardée comme un signe précurseur de la paralysie générale qui est survenue plus tard. Des faits semblables à ceux que l'auteur a cités dans son travail ont été souvent observés depuis, et l'anesthésie doit toujours être recherchée chez les malades qui semblent menacés de paralysie générale. Quant à moi, j'ai constaté l'insensibilité de la peau, non-seulement dans la manie avec prédominance du délire ambitieux, mais chez certains aliénés très-calmes, ayant quelques idées de grandeurs avec signes légers de démence, mais sans lésion appréciable de la motilité. Il y a encore actuellement un cas de ce genre dans mon service : la malade a des hallucinations de l'ouïe, elle assure que son propriétaire lui a donné la maison qu'elle habite ; l'intelligence est faible et la peau complétement

insensible. Une autre malade très-calme prétendait être la fille de Napoléon ; elle avait perdu le souvenir de tout ce qui avait précédé son entrée ; elle n'offrait ni embarras de la parole ni faiblesse des membres ; mais elle a conservé plus de six mois une insensibilité générale de la peau. On pouvait pincer, piquer cette femme, sans qu'elle manifestât la moindre douleur. Ces deux malades seront-elles plus tard atteintes de paralysie générale ? Cela est assurément douteux, mais si cette terminaison arrive après plusieurs années, il faudra ne point oublier qu'on a observé dès le début le délire des grandeurs et l'insensibilité générale de la peau. Il convient d'ailleurs de rappeler ici que l'anesthésie est un des symptômes de la folie alcoolique.

ARTICLE IV.

DE QUELQUES AUTRES SYMPTÔMES DE MOINDRE IMPORTANCE QU'ON PEUT RATTACHER A LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Modification du caractère longtemps avant l'apparition des symptômes essentiels. — Délire érotique. — Propension au vol. — Stupeur.

Les malades qui doivent être frappés de paralysie générale offrent souvent longtemps à l'avance, plusieurs mois, une année et même plus, des modifications dans le caractère, qui, sans avoir rien de bien tranché, n'en sont pas moins importantes à signaler. Les uns deviennent irritables, emportés, susceptibles, et ne peuvent souffrir la moindre contradiction. Les parents remarquent ces changements et s'en étonnent, mais il est bien rare au début qu'on les rattache à un état cérébral grave. J'ai vu récemment encore un aliéné qui depuis trois mois s'était complétement brouillé avec ses deux frères par suite d'une susceptibilité exagérée résultat évident de sa maladie. En même temps il tenait devant ses belles-sœurs des propos inconvenants; personne cependant ne soupçonnait encore la cause du changement qui s'était opéré ; le délire qui éclata plus tard vint tout expliquer.

D'autres malades sont en proie à des idées érotiques et se livrent à des écarts qui contrastent souvent avec la régularité de leur conduite antérieure ; ordinairement ces idées érotiques ne sont point accompagnées d'une plus grande force virile, mais il peut en être autrement, et quelques malades se livrent à des excès vénériens. On voit d'ailleurs, quand la démence est arrivée, les idées érotiques persister avec une impuissance complète ; les malades tiennent alors des propos obscènes et se livrent quelquefois publiquement à des actes qui exigent qu'on exerce sur eux la plus grande surveillance.

La propension au vol se rencontre souvent au début de la paralysie générale, quand celle-ci débute par l'affaiblissement intellectuel. Les exemples qu'on a cités sont très-nombreux, et l'on a fait remarquer avec raison que les vols commis par les malades sont de peu d'importance et accomplis avec une maladresse qui devrait éveiller, mais qui n'éveille pas toujours l'attention sur leur état. M. Lélut et d'autres médecins ont rapporté de curieux exemples de paralytiques condamnés pour vol et dont la maladie avait été méconnue.

M. Brierre de Boismont a insisté avec raison sur ces désordres prodromiques de la paralysie générale, mais il ne conviendrait pas de leur donner trop d'importance; les modifications dans l'état moral, le délire érotique, s'observent fréquemment dans la période d'excitation de la folie à double forme, souvent méconnue aussi dans ses degrés les plus légers. Une susceptibilité exagérée, des emportements plus fréquents, sont, dans un bon nombre de cas, signalés chez des hommes en proie à des souffrances mal déterminées, à des affections des viscères, etc. La propension au vol est bien plus grave, parce qu'elle est un indice d'un commencement de démence.

Stupeur. — Chez beaucoup de paralytiques à la première période, on remarque un état de stupeur très-prononcé et qui se prolonge souvent des mois entiers. Les malades sont tout à fait inertes et restent dans un mutisme complet. Cet état de stupeur, accompagné de congestion de la face chez des malades de trente à cinquante ans, et qui n'ont pas eu antérieurement d'accès de mélancolie, peut faire soupçonner l'invasion de la paralysie générale. Si l'on surprend alors des conceptions délirantes de nature hypochondriaque, si les pupilles sont inégales, les présomptions deviendront plus fortes.

Roideur des membres. — Grincement des dents. — Mouvement de dégustation. — Strabisme. — Saillie des yeux. — Déviation des sourcils. — Déviation du sillon nasal. — Déviation de la luette.

Roideur des membres. — On l'observe chez les mélancoliques hypochondriaques plongés dans un état plus ou moins profond de stupeur, ou chez les mélancoliques simplement hypochondriaques; elle peut alors faire craindre l'invasion de la paralysie générale. Quand ces aliénés sont debout et qu'on essaye de les faire marcher, ils le font avec peine, très-lentement, en traînant les pieds sur le sol, et avancent comme tout d'une pièce. La roideur des membres se montre, en outre, comme on le sait, dans le cours et quelquefois à la dernière période de la paralysie géné-

rale. Les malades restent couchés sur le dos dans un état complet d'immobilité, et l'on éprouve une grande difficulté à fléchir le cou, le tronc et les membres.

Grincement des dents. — On observe fréquemment ce symptôme dans le cours de la paralysie générale, et, dans quelques cas rares, on le voit tout à fait au début. Il existe aussi en dehors de la démence paralytique, et dans ce moment même je l'observe chez deux hypochondriaques. L'un de ces malades a eu, il y a déjà huit ans, une hémiplégie gauche, dont il reste encore des traces, et il est en proie, par moments, à une excitation cérébrale qui l'entraîne à des accès de violence. Le second malade a eu deux attaques d'hémiplégie faciale.

Mouvements de dégustation. — Je crois avoir signalé le premier ce symptôme dans la paralysie générale, mais Strambio, comme je l'ai rappelé ailleurs, l'avait observé chez les pellagreux : » *Quidam oris motus quid sapidum gustantis.* »

Ce mouvement de dégustation, d'ailleurs assez rare, est quelquefois continu, quelquefois aussi il disparaît et revient par intervalles irréguliers.

Strabisme. — Esquirol rapporte qu'il a cru pouvoir, d'après ce seul signe, prédire la paralysie générale chez un monomaniaque qui remplissait les fonctions de capitaine dans un régiment. Il n'est pas douteux que ce symptôme, bien qu'on l'observe rarement, doit être compté au nombre de ceux qui précèdent quelquefois la démence paralytique. Mais il ne peut évidemment avoir de valeur sous ce rapport que réuni à d'autres signes. Ainsi, dans le cas d'Esquirol, il s'agissait d'un monomaniaque, c'est-à-dire d'un malade atteint probablement de délire ambitieux.

Exophthalmie. — Ce symptôme a été signalé par M. Moreau (de Tours), et il mérite de fixer l'attention. On le rencontre assez fréquemment chez les paralytiques, mais il importe de s'assurer si la saillie des yeux n'est pas congénitale ou si elle n'a pas précédé de longues années l'explosion de la maladie. Cette exophthalmie est souvent plus prononcée d'un côté.

Déviation du sillon nasal. — *Déviation de la luette.* — Le premier de ces signes résulte des observations de M. Lunier, le deuxième, que j'ai constaté assez souvent, a été indiqué par M. Linas.

ARTICLE V.

DES SYMPTÔMES ACCESSOIRES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DES PHÉNOMÈNES PASSAGERS DE PARALYSIE CONSIDÉRÉS COMME SIGNES PRÉCURSEURS DE CETTE MALADIE.

§ 1. — On a vu, dans le chapitre précédent, que la paralysie générale se présente souvent à l'état de simplicité avec ses seuls symptômes essentiels et que dans d'autres cas, plus nombreux, elle débute aussi par la démence et la paralysie, mais qu'après un temps plus ou moins long surviennent des signes de délire. Rien de plus commun, en effet, que d'observer par intervalle de l'excitation, un peu d'agitation automatique qui dure quelques heures, un ou plusieurs jours. Rien de plus fréquent encore que de constater de temps à autre, chez les malades les plus calmes, des conceptions délirantes ambitieuses ou hypochondriaques isolées, peu saillantes et qui ne constituent véritablement que des épiphénomènes et ne changent en rien la physionomie de la maladie principale, c'est-à-dire de la démence paralytique.

Les symptômes accessoires dans tous les cas dont il s'agit ici, bien que méritant d'être étudiés avec soin, ne servent néanmoins que pour une faible part à établir le diagnostic, la maladie étant suffisamment caractérisée, dès le début, par les symptômes essentiels. Il peut cependant en être autrement dans certains cas où la démence précède d'un temps assez long la paralysie et dans ceux, au contraire, où le malade présente déjà une lésion manifeste des mouvements sans que l'intelligence soit affaiblie ; alors, seulement, les symptômes accessoires peuvent aider beaucoup à éclairer la nature de la maladie dont la symptomatologie est encore incomplète.

Cependant, c'est surtout comme phénomènes précurseurs et principalement lorsqu'on les observe dans les diverses formes de la folie, que les symptômes accessoires ont une véritable importance. C'est ce que nous espérons démontrer dans la suite de ce travail.

En signalant ici ces symptômes comme signes précurseurs, il convient aussi d'indiquer les phénomènes *passagers de paralysie* qui se présentent souvent avec eux et qui ont une grande valeur pour le diagnostic et le pronostic.

§ 2. — Les symptômes de paralysie sont, avec la démence, les signes essentiels de la paralysie générale, mais ils ne caractérisent complétement cette maladie que dans les cas où ils sont devenus permanents.

« Si je consulte mes observations, dit Guislain, je découvre dans la paralysie générale une autre paralysie qui m'annonce que la substance cérébrale se décompose. »

« C'est un état paralytique *permanent*, *ascendant* et *progressif*.

» C'est un trouble durable dans les mouvements musculaires, une hésitation *croissante* de la parole ».

Pour qu'on puisse affirmer l'existence de l'altération cérébrale à laquelle est liée la paralysie générale, il faut, d'après cet auteur « des paralysies *nettement dessinées* ».

L'*hésitation passagère* de la parole peut faire craindre la paralysie générale, mais n'en est pas encore un symptôme essentiel, c'est un prodrome grave, mais insuffisant pour affirmer l'existence de la maladie.

Il y a lieu de bien distinguer l'embarras de la parole *permanent* survenant *lentement*, *progressivement*, sous l'influence de l'altération de la substance cérébrale, de l'embarras de la parole dû à un état congestif passager, comparable à celui qui se produit pendant l'ivresse.

Dans le premier cas, la difficulté de la prononciation est véritablement un symptôme essentiel, et, dans l'autre, il ne saurait être considéré que comme un signe précurseur.

Ceci établi, il convient de rappeler que beaucoup de malades, avant d'être atteints d'une paralysie générale confirmée, ont eu, à plusieurs reprises, à des intervalles irréguliers, plusieurs atteintes de congestion. L'une des formes les plus communes de ces accidents congestifs se traduit par une paralysie de la langue qui se dissipe après quelques minutes, un quart d'heure, ou qui persiste au plus quelques heures. Quand la folie éclate dans ces conditions, le pronostic est extrêmement grave, et, d'après Bayle, aucun de ces aliénés ne devrait échapper à la paralysie générale.

Que ces accidents congestifs passagers aient ou non précédé l'aliénation, on les voit quelquefois survenir dans les premiers jours de l'invasion et leur gravité est alors plus grande encore.

Quelquefois, au lieu des accès qui rendent momentanément l'articulation des mots impossible, on observe des hémiplégies incomplètes, qui disparaissent après une ou plusieurs heures, et persistent rarement au delà de deux ou trois jours.

Enfin, il faut noter encore les étourdissements auxquels certains malades ont été sujets.

Tout cela, au point de vue de la paralysie générale, n'a que peu d'importance tant qu'il n'y a aucun désordre des facultés intellectuelles, mais, dès que celui-ci survient, tous ces symptômes prennent une signification spéciale. On vient de voir, en effet, que pour Bayle la folie précédée ou accompagnée de phénomènes congestifs conduit nécessairement à la paralysie générale.

Cependant tout le monde n'est pas d'accord pour regarder ces malades comme déjà atteints de démence paralytique.

Pour beaucoup de praticiens, ces aliénés sont simplement menacés au même titre que ceux qui sont en proie à un délire ambitieux bien caractérisé ou bien à une excitation musculaire très-vive.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE II.

Les principaux symptômes accessoires de la démence paralytique sont, du côté de l'intelligence, le *délire ambitieux*, le *délire hypochondriaque*. L'importance du premier de ces symptômes est, désormais, reconnue par tout le monde; nous le rangeons parmi les symptômes accessoires uniquement parce qu'il n'est pas constant.

Quant au délire hypochondriaque son histoire ne fait que commencer, mais l'observation de chaque jour tend à démontrer qu'il sera bientôt considéré comme un signe pronostique grave dans certaines mélancolies.

Du côté de la motilité, on trouve, comme symptômes accessoires, l'*activité exagérée*, l'*agitation spasmodique*, l'*hésitation de la parole*, le *tremblement des lèvres*, *de la langue et des membres* et l'*inégalité des pupilles*.

Il convient de ne pas oublier, quand aux phénomènes se rapportant à la sensibilité, l'*anesthésie cutanée*.

On doit signaler, comme phénomènes de moindre importance, le *grincement des dents*, le *mouvement de dégustation*. l'*exophthalmie*, la *roideur des membres*.

C'est surtout comme phénomènes précurseurs et lorsqu'on les observe dans les différentes formes de la folie, que les symptômes accessoires de la paralysie générale ont une véritable valeur.

Ils se présentent alors souvent associés à des signes légers et non continus de paralysie dus à un état congestif passager.

Ces symptômes accessoires, s'ils ne suffisent pas pour établir le diagnostic, suffisent au moins pour indiquer que le malade est menacé de démence paralytique.

CHAPITRE III.

PÉRIODE CONGESTIVE, FORME MANIAQUE, FORME MÉLANCOLIQUE, FORME MONOMANIAQUE ; PÉRIODE DE DÉSORGANISATION, FORME SIMPLE. — DISSIDENCES DES AUTEURS SUR BEAUCOUP DE FAITS CONSIDÉRÉS PAR LES UNS COMME APPARTENANT A LA PÉRIODE CONGESTIVE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, ET PAR LES AUTRES COMME FAISANT PARTIE DES FOLIES SIMPLES. — FAITS DIFFICILES A CLASSER.

ARTICLE PREMIER.

PÉRIODE CONGESTIVE, FORME MANIAQUE, FORME MÉLANCOLIQUE, FORME MONOMANIAQUE ; PÉRIODE DE DÉSORGANISATION, FORME SIMPLE. — OPINIONS DES AUTEURS. — BAYLE. — M. CALMEIL. — GUISLAIN.

C'est à Bayle, comme je l'ai dit ailleurs, que revient l'honneur d'avoir démontré que la congestion cérébrale est la cause prochaine de la paralysie générale. Son opinion à cet égard a été et est encore aujourd'hui généralement admise.

Les congestions cérébrales, d'après Aubanel, « sont les causes pathologiques de toutes les altérations qui surviennent successivement dans la paralysie générale des aliénés. Ce sont elles qui déterminent d'abord des lésions dans les méninges et qui finissent par altérer et ramollir la substance grise, puis la blanche, si la maladie se prolonge. »

« La fréquence de la congestion cérébrale, dit Parchappe, plus ou moins prononcée au début de la folie paralytique, est pour moi un fait si bien établi que souvent il m'est arrivé de prévoir la manifestation prochaine des phénomènes paralytiques dans des cas où l'invasion d'un trouble intellectuel, encore pur de toute complication paralytique, et quelquefois même très-léger, avait été précédé ou accompagné par la congestion cérébrale. »

Il serait facile de réunir beaucoup de citations du même genre, qui toutes tendraient à confirmer cette opinion, que la congestion cérébrale est la cause prochaine de la démence paralytique.

Bayle est allé plus loin. Il établit que cette congestion continue longtemps après le début de ce qu'il appelait la *méningite chronique*. C'est même par la compression que produit la distension des vaisseaux qu'on doit, à son avis, expliquer alors les symptômes de paralysie.

« Les faits cités dans la première partie de mon ouvrage mettent, dit-il, hors de doute que la paralysie est un symptôme constant de la méningite chronique et qu'elle dépend de la compression du cerveau, occasionnée par une *congestion sanguine* dans les vaisseaux de la pie-mère, pendant les deux premières périodes. »

Quant à ce qui se rapporte au délire des grandeurs, l'auteur fait encore jouer un rôle important à la congestion cérébrale.

« Peut-on déterminer, ajoute-t-il, quelles sont les causes ou mieux les conditions physiques du délire ambitieux ? Cette question est de la plus grande difficulté : sans nous flatter d'y avoir répondu d'une manière tout à fait satisfaisante, nous espérons cependant avoir approché le plus près possible de la vérité. Nous regardons ces idées comme l'effet indirect de l'action qu'exercent sur la substance corticale et par suite sur le cerveau tout entier, la congestion sanguine de la pie-mère et l'inflammation de la face interne de l'arachnoïde, lésions qui existent toujours simultanément dans la maladie que je décris. Donnons les preuves de cette proposition :

» 1° On trouve constamment à l'ouverture du cadavre des individus qui succombent à cette affection une injection très-considérable de la pie-mère, dont le degré est souvent proportionnel au délire ambitieux qui domine les malades.

» 2° La méningite chronique reconnaît pour cause prochaine une congestion cérébrale, qui tantôt survient tout à coup et tantôt s'établit lentement et d'une manière progressive. Les attaques apoplectiques auxquelles elle donne lieu, sont souvent immédiatement suivies de la manifestation des idées dominantes de richesse et de grandeur.

» 3° Des émissions sanguines abondantes faites à propos dans les première et seconde périodes, dominent souvent et font cesser quelquefois ces idées d'une manière prompte. Mais si la congestion augmente ou s'il survient une nouvelle attaque apoplectique, le délire ambitieux devient plus considérable ou éclate de nouveau s'il était dissipé. Les observations de la première partie de cet ouvrage nous offrent des preuves multipliées de cette proposition (1). »

Bayle, un peu plus loin, fait cependant remarquer que l'injection sanguine de la pie-mère n'est pas « la seule condition des idées ambitieuses dominantes ; car s'il en était ainsi, dit-il, ces idées devraient se rencontrer chez les individus qui ont été frappés d'attaques de congestion cérébrale simple, ce qui n'est point.

» Il faut donc admettre une seconde cause, et cette seconde cause consisterait en une irritation ou en une inflammation de la surface interne de l'arachnoïde cérébrale. »

Ainsi, les symptômes des deux premières périodes de la méningite chronique reconnaîtraient pour cause principale un état congestif des méninges et du cerveau. Si l'on réunit en une seule ces deux premières périodes, on voit qu'on serait parfaitement en droit de lui appliquer ici la dénomination de *période congestive*.

(1) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 547.

Quant à la durée de cette période congestive, comprenant les deux premières périodes de Bayle, cet auteur ne l'a point fixée d'une manière précise ; cependant, pour la phase de monomanie seulement, il admet « que le plus souvent elle se prolonge depuis un jusqu'à six mois », et il ajoute qu'il l'a vue « durer un, deux ou même trois ans chez un petit nombre d'individus ».

Qu'on joigne à cette durée de la phase de monomanie celle de la phase maniaque qui lui succède, et l'on pourra conclure que, d'après Bayle, la période congestive aurait une durée moyenne d'environ six mois (1).

On sait que M. Calmeil regarde la paralysie générale comme le résultat d'une périencéphalite diffuse chronique. Cette périencéphalite, avant de produire la désorganisation de la pulpe cérébrale, débute par une période simplement congestive ou de congestion inflammatoire. C'est pendant cette première période que M. Calmeil a conseillé de recourir à un traitement actif.

« La médecine, dit-il, devra déployer toutes ses ressources lorsqu'elle aura été à même de constater que le travail inflammatoire n'est encore qu'à la *période congestive;* elle devra se condamner à l'inaction lorsqu'elle sera fondée à penser que l'intensité des désordres produits par la longue persistance de l'inflammation est maintenant porté jusqu'à la *désorganisation* (2). »

Il y a donc dans la périencéphalite chronique diffuse une période *congestive* et une période de *désorganisation*. Seulement la première aurait une durée beaucoup plus courte que ne la supposait Bayle. Cette durée ne serait guère que de quelques semaines ; voici, en effet, comment s'exprime M. Calmeil, en signalant les symptômes qui permettent

(1) Bayle admet que la congestion des méninges s'accompagne bientôt d'une inflammation de ces membranes, se traduisant surtout par l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde ; mais ces dernières lésions sont bien loin d'être constantes, et on les rencontre chez des sujets qui ont succombé à d'autres maladies. C'est ainsi qu'on trouve souvent l'épaississement des membranes à la suite des excès alcooliques. Il importe d'ailleurs de rappeler ici que les symptômes de paralysie des deux premières périodes sont attribuées par Bayle à la compression produite par la congestion sanguine. Quant aux fausses membranes que l'auteur regardait comme une preuve de méningite chronique, je crois avoir démontré ailleurs (*Recherches sur les hémorrhagies méningées*) qu'elles sont le résultat de la transformation d'hémorrhagies méningées liées elles-mêmes à l'état congestif. Ces hémorrhagies se produisent non-seulement chez les aliénés, mais on les trouve très-fréquemment chez les individus qui meurent de congestion à la suite de l'ivresse, comme l'a signalé M. Tardieu.

(2) Calmeil, t. II, p. 711.

de reconnaître que la maladie n'est point encore arrivée à la période de désorganisation :

« On sera surtout fondé à penser que le travail de la périencéphalite chronique diffuse ne doit encore être qu'à la *période de rougeur congestive*, qu'il n'a encore versé hors des capillaires que de faibles quantités de sérosité ou de plasma, lorsque la phlegmasie ne datera que d'un petit nombre de semaines, lorsque les sujets qu'elle aura frappés continueront à conserver une grande activité dans la mémoire, lorsqu'ils seront en proie à des conceptions maniaques ou ambitieuses très-actives et très-variées; lorsque la gêne de leur prononciation, la débilitation de leurs principaux agents musculaires, ne se traduiront encore que par des signes difficiles à constater : c'est sur les individus placés dans de telles conditions qu'on doit prendre à tâche de multiplier ses efforts pour modifier l'état d'irritation et de congestion des centres nerveux intra-crâniens, pour affaiblir ou éteindre le travail de l'inflammation diffuse qui s'y est déclaré. »

Ainsi la période de *rougeur congestive* ne se prolongerait pas au delà d'un petit nombre de semaines ; et c'est alors seulement que la maladie présenterait encore quelques chances de guérison.

C'est cette opinion généralement admise qui a fait considérer la paralysie générale, sous quelque forme qu'elle se présente, comme incurable.

Cependant nous citerons plus loin des faits qui deviennent aujourd'hui de moins en moins rares, et qui tendraient à prouver que la période congestive peut se prolonger beaucoup plus longtemps.

Les lésions correspondantes à la période que nous étudions ici sont décrites par M. Calmeil de la manière suivante :

« Les capillaires de la pie-mère et les capillaires de la substance corticale superficielle ne manquent jamais de se montrer rouges, nombreux, très-développés, tandis que la trame de la pie-mère continue à demeurer presque exempte d'infiltration, que la substance corticale s'imbibe à peine de sérosité, et que les cellules agminées se rencontrent tout au plus sur les côtés et à la surface d'un certain nombre de conduits vasculaires (1). »

Quant à l'explication des symptômes, pour ce qui a trait à la première période, le même auteur ne s'éloigne pas beaucoup des opinions de Bayle. « L'état de congestion des capillaires sanguins, dit-il, doit certainement gêner l'action des fibres nerveuses qui président à la locomotion, pendant le cours de la périencéphalite. » On comprend donc très-bien

(1) Ces lésions, d'après M. Calmeil, sont celles qu'on trouve dans les cas *exceptionnels* de périencéphalites peu intenses et très-simples qui « tendent à *persister longtemps dans le mode congestif* ». A notre avis, ces cas, au lieu d'être exceptionnels, sont au contraire très-fréquents.

comment Bayle a pu admettre que cette gêne se traduit par les signes encore légers de paralysie qu'on observe dans les deux premières périodes.

Quant à l'explication du délire ambitieux, bien que M. Calmeil s'exprime moins nettement, cependant il n'y a aucun doute sur sa manière de l'envisager dans ses rapports avec l'état congestif du cerveau : « La prédominance des conceptions ambitieuses est, dit-il, des plus fréquentes chez les individus dont les centres encéphaliques sont menacés, et surtout déjà atteints d'un commencement d'inflammation diffuse à marche chronique et progressive. »

C'est l'extrême fréquence du délire des grandeurs chez les individus *menacés* de paralysie générale qui fait de ce symptôme un signe pronostique si fâcheux. Il y a là évidemment une condition spéciale, et cette condition, il nous est difficile de ne pas admettre qu'elle est liée à l'état congestif, nous en trouvons encore la preuve dans le passage suivant de l'ouvrage de M. Calmeil : « Il doit exister chez beaucoup de maniaques, dit-il, dès le début de leur délire, un état de réplétion maladif des vaisseaux intra-crâniens, et c'est là le principal motif qui fait que ces derniers malades sont si souvents atteints d'attaques de congestions cérébrales. Il suffit, en effet, pour que ces attaques puissent faire explosion, que de nouvelles quantités de sang continuent à s'accumuler vers la tête de ces furieux ; or, c'est ce qui a lieu très-fréquemment, et lorsque cette réplétion vasculaire outrée n'entraîne pas aussitôt la mort, elle enfante bientôt des encéphalites permanentes. »

Il importe de faire remarquer qu'il ne s'agit pas ici de tous les maniaques, mais seulement de ceux qui plus tard sont souvent frappés de congestions cérébrales et qui, à la suite, tombent dans la démence paralytique. Ces maniaques sont donc précisément ceux qu'on regarde comme *menacés* de paralysie générale, et chez lesquels « la prédominance des conceptions ambitieuses est des plus fréquentes ».

Ainsi on peut conclure que la menace de paralysie générale s'explique par un état congestif et qu'elle a pour expression symptomatique, au moins dans le plus grand nombre des cas, la prédominance des idées de grandeur. M. Calmeil a fait, dans un cas particulier, l'application de cette doctrine.

Un aliéné, atteint depuis un an d'un délire avec prédominance d'idées de grandeurs, succombe tout à coup à une violente congestion cérébrale. Après avoir indiqué que la substance grise et la substance blanche du cerveau contenaient un nombre considérable de capillaires laissant suinter du sang, l'auteur ajoute : « On peut supposer, avec quelque fondement, qu'une partie de ce sang devait exister dans les vaisseaux bien avant le jour de l'attaque à forme apoplectique qui a renversé en dernier lieu le malade, et qu'il était depuis longtemps sous le coup d'une périencépha-

lite chronique imminente, lorsqu'il a été comme foudroyé par un surcroît de congestion sanguine. Il n'est pas jusqu'à la *forme ambitieuse de son délire qui ne parle bien en faveur de cette supposition.* Pour notre compte, nous sommes convaincu qu'il aurait été atteint d'une inflammation, soit locale, soit générale du cerveau, s'il eût pu échapper à la violence de l'attaque qui a entraîné sa mort. »

Ce malade était donc de ceux qu'on regarde comme menacés de périencéphalite. M. Calmeil déclare, en effet, que cet aliéné était depuis longtemps *sous le coup* de cette maladie. Or, à quelles lésions répondait cette menace de paralysie générale ? à un état congestif qui avait entre autres, pour expression symptomatique, le délire des grandeurs.

Tout cela ne veut pas dire assurément, comme le fait remarquer Bayle, que l'état congestif suffit seul pour expliquer le délire des grandeurs, mais qu'il y a un rapport étroit entre ces deux faits.

Marcé, dans son *Traité des maladies mentales*, non-seulement a admis une période congestive de la paralysie générale, mais il a cru pouvoir déclarer, contrairement à l'opinion de certains auteurs « que la marche de la maladie et l'aspect de ses lésions le porteraient à admettre l'idée d'une *congestion chronique* avec exsudation, plutôt que celle d'une véritable inflammation ».

Il rappelle, à cette occasion, ce passage de l'ouvrage de M. Calmeil, déjà cité plus haut, qui tend à prouver que les périencéphalites chroniques diffuses peu intenses « paraissent bien plus tenir de la congestion inflammatoire chronique accompagnée d'extravasation ou séreuse ou séro-fibrineuse, peu riche en fibrine, que de la congestion avec extravasation d'une quantité notable de plasma fibrineux ».

Il résulte à notre avis, de tout ce qui vient d'être exposé, que non-seulement la congestion cérébrale est la cause prochaine de la paralysie générale, mais qu'elle constitue la lésion principale de la première période. Il reste désormais à rechercher combien la congestion peut se prolonger sans qu'il en résulte un commencement de désorganisation rendant la maladie tout à fait incurable.

Ne s'agit-il, comme le pense M. Calmeil, que de quelques semaines, ou bien, au contraire, d'un temps beaucoup plus long comme semble l'admettre Bayle. L'étude de ces points est d'une importance capitale, et, comme nous l'avons dit, nous citerons plus loin des faits qui nous paraissent de nature à les éclairer.

La période congestive qui constituerait le début de la paralysie générale pourrait d'ailleurs, d'après les auteurs, se présenter sous des formes très-différentes.

Très-souvent, après des prodromes plus ou moins longs, caractérisés par des phénomènes d'excitation générale, on voit tout à coup éclater un

accès de manie, presque constamment accompagné d'idées de grandeurs. Chez beaucoup de malades, on peut en même temps noter de l'hésitation de la parole, l'inégalité des pupilles, etc., etc. C'est la *forme maniaque* initiale.

Dans d'autres cas assez nombreux, longtemps méconnus, mais sur lesquels l'attention est désormais fixée, le malade présente, dès le début, des signes bien tranchés de mélancolie, souvent accompagnés de conceptions délirantes presque toujours de nature hypochondriaque. Cette mélancolie se développe rapidement et va très-souvent jusqu'à une stupeur profonde, avec refus d'aliments, etc. C'est la *forme mélancolique.*

Il y a des malades, en petit nombre, qui offrent un délire ambitieux peu étendu, et se rapprochant de la monomanie. Ces malades, qui n'ont ni une grande excitation, ni une dépression marquée, n'offrent pas de phénomènes congestifs aussi tranchés que les maniaques et les mélancoliques. Ils marchent donc bien plus lentement vers la démence paralytique. C'est la *forme* qu'on peut appeler *monomaniaque.*

Assez souvent on voit se succéder chez le même malade la manie et la mélancolie, de manière à constituer un accès de *folie à double forme :* dans d'autres cas, les deux accès sont séparés par un assez long intervalle de santé, de sorte que chaque accès paraît avoir une existence isolée.

Quant à la période de *désorganisation*, à part Bayle, qui attribuait les symptômes des degrés les plus avancés de la méningite chronique à la compression produite par les épanchements séreux, tous les auteurs semblent d'accord pour admettre, qu'après une durée plus ou moins longue de la période congestive, il se produit des désordres irrémédiables et une véritable désorganisation.

C'est surtout dans la couche corticale que cette désorganisation a lieu. On sait que d'après M. Parchappe la démence paralytique reconnaîtrait pour cause constante un ramollissement de la partie moyenne de cette couche.

Voici, d'après Guislain, quelle serait la succession des lésions qui caractérisent la formation du ramollissement cérébral chez les aliénés:

Un appel permanent dans les capillaires des fluides circulatoires;

La distension des capillaires;

Des engorgements;

La stagnation des fluides dans ces vaisseaux;

Une transsudation séreuse dans les aréoles organiques;

Une accumulation des fluides séreux dans le tissu de la pie-mère;

Une pénétration de ces fluides dans la substance grise du cerveau, effectuée à travers les canaux qui livrent passage aux capillaires, lesquels attachent la pie-mère à la substance corticale;

Puis la déformation des cellules primitives;

La distension considérable de ces cellules;

Le déplacement de leurs nucléoles.

Depuis Guislain, beaucoup de recherches microscopiques ont été faites, soit en Allemagne, soit en France, sur les altérations du cerveau dans la paralysie générale. Plusieurs auteurs s'accordent sur ce point, que la désorganisation commence par les parois vasculaires, et que l'altération des cellules et des tubes nerveux n'est que consécutive.

Les lésions des vaisseaux consisteraient surtout dans la formation sur leur paroi extérieure « d'une couche de tissu connectif transparent parsemé de noyaux oblongs ou arrondis et disposés de différente façon, soit groupés, soit épars. » La compression produite par ce tissu connectif amènerait la destruction de tubes nerveux et des cellules.

D'après le docteur Franz Meschède, « la dégénérescence des cellules nerveuses des hémisphères du cerveau et en particulier de la couche corticale constitue essentiellement l'altération anatomo-pathologique de la folie paralytique et spécialement de la démence paralytique ». Cette altération de la couche corticale serait précédée de l'hypérémie et du gonflement parenchymateux de cette couche et consisterait surtout dans une transformation graisseuse et pigmenteuse des cellules.

Quant aux symptômes de la période de désorganisation, ils sont trop connus pour qu'il soit besoin de les rappeler ici, et l'on sait qu'ils consistent en des phénomènes de démence et de paralysie. Bien que leur marche soit subordonnée à celle de la lésion organique, il importe cependant de faire remarquer qu'on observe à chaque instant des aggravations rapides qui ne s'expliquent guère que par une augmentation des phénomènes congestifs et qui durent plus ou moins longtemps.

Assez souvent les symptômes de la période de désorganisation, c'est-à-dire la démence et la paralysie, se présentent dès le début de la maladie. On a désigné ces cas sous les dénominations de forme *simple*, forme *débile*, forme *démente* de la paralysie générale.

Cette maladie aurait donc quatre formes principales, la forme *simple*, la forme *maniaque*, la forme *mélancolique*, la forme *monomaniaque*. Ces trois dernières, comme nous allons le voir, sont l'objet de dissidences graves; quant à la forme simple, au contraire, il n'y a aucune divergence d'opinion, puisqu'elle est caractérisée dès le début par les symptômes essentiels de la maladie. Cette forme sera étudiée dans le chapitre suivant sous la dénomination de *démence paralytique;* dans celui-ci nous nous bornerons à démontrer les dissidences des auteurs sur beaucoup de faits se rapportant aux formes maniaque mélancolique et monomaniaque, et à signaler un assez grand nombre d'observations dont la classification soulève de graves difficultés. — En résumé, bien que les auteurs n'aient pas divisé la paralysie générale en deux périodes, une période *congestive*

et une période de *désorganisation*, il résulte de tout ce qui précède que cette division est conforme aux faits, et c'est le seul point que nous nous proposions d'établir. On verra plus loin que cela importait au but principal de ce travail.

ARTICLE II.

DISSIDENCES DES AUTEURS SUR BEAUCOUP DE FAITS CONSIDÉRÉS PAR LES UNS COMME LA PÉRIODE CONGESTIVE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, ET PAR LES AUTRES COMME DES FOLIES-SIMPLES.

On observe assez souvent, dans la pratique, des cas qui sont interprétés par les médecins d'une manière très-différente. Pour les uns, les malades dont il s'agit devraient être considérés comme atteints de paralysie générale à la première période ; pour les autres, au contraire, ils ne seraient encore affectés que de folie simple. Ces derniers concèdent tout au plus que, pour ces aliénés, il y a crainte, menace, imminence de démence paralytique ; mais ils se refusent à admettre que cette affection soit déjà déclarée. Les symptômes pouvant ne point changer pendant plusieurs mois, une année ou même plus, les dissentiments se prolongent, et si, comme il arrive assez souvent, le malade succombe pendant cette période, la question reste parfois indécise, l'autopsie ne fournissant pas toujours des arguments nouveaux pour la résoudre.

Les dissidences qui viennent d'être indiquées ont pour conséquence deux doctrines très-différentes sur les rapports de la paralysie générale et de la folie. On y trouve, en effet, comme nous essayerons de l'établir plus loin, l'explication des opinions d'Esquirol et de Bayle, d'après lesquelles la démence paralytique serait souvent une affection secondaire, ou au contraire une maladie toujours primitive. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer un certain nombre d'observations cliniques qui démontreront les dissidences dont il vient d'être question et permettront de bien spécifier les cas dont il s'agit ici.

Observation I.

Manie avec prédominance du délire des grandeurs et quelques signes légers de paralysie. — Trois médecins déclarent que le malade n'a été atteint que de folie simple. Onze médecins le regardent comme affecté de paralysie générale.

M. Charles, âgé de trente-quatre ans, a eu une double amaurose à la fin de 1852.

Un an plus tard, on crut s'apercevoir que ses facultés baissaient considérablement et que par moments la parole était légèrement embarrassée.

Le 29 avril 1854, il fut tout à coup atteint de délire avec tremblement des muscles de la face, et resta six jours dans un état assez alarmant.

Le 7 mai, M. Charles fut placé dans une maison de santé avec un certificat signé de trois médecins constatant chez lui l'existence d'une *paralysie générale.*

Le 16 juin, un certificat du médecin de l'établissement confirma le diagnostic et l'existence de la *démence avec paralysie générale.*

Le 10 novembre de la même année, un nouveau certificat de quatre médecins atteste encore que M. Charles est atteint de *démence paralytique.*

Il est important de noter qu'au début de la maladie un léger embarras de la parole et le délire ambitieux figuraient au nombre des symptômes. Cependant, l'état de M. Charles s'améliora peu à peu, à ce point qu'il put quitter la maison de santé dans les premiers mois de l'année 1855. Néanmoins il était alors loin d'être guéri; on demanda et l'on obtint son interdiction.

Le malade ne tarda pas à faire des démarches actives pour être relevé du jugement qui l'avait interdit. Il fut examiné par un assez grand nombre de médecins, qui arrivèrent à des conclusions différentes.

Le 9 juillet 1855, MM. Lasègue, Broca et Chapotin Saint-Laurent délivrèrent une consultation dans laquelle on lit que « M. Charles exécute avec facilité de longues marches; que tous ses mouvements sont parfaitement coordonnés; que sa parole n'est nullement embarrassée; que ses lèvres ne tremblent pas, etc. »

Quant à la mémoire, ils déclarent qu'elle est parfaite et même remarquable à certains égards par sa précision. Ils ajoutent que le malade a causé raisonnablement avec eux sur des sujets très-variés, et résument de la manière suivante l'examen auquel ils se sont livrés :

« M. Charles est actuellement atteint d'une double amaurose dont le début remonte déjà à plusieurs années et qui se complique d'un léger trouble dans la musculation des yeux. Postérieurement au début de

cette affection, il paraît avoir été atteint d'une maladie encéphalique aiguë, dont les suites immédiates, réunies aux symptômes de l'affection antérieure des yeux, ont pu simuler une paralysie générale. Mais, en raison de la marche presque constamment progressive, quelquefois stationnaire, jamais rétrogade de la paralysie générale, nous croyons pouvoir affirmer, d'après l'état actuel de la science, que cette affection, dont M. Charles n'offre aujourd'hui aucun symptôme, n'a jamais existé chez lui. La paralysie très-locale, très circonscrite de l'appareil de la vision, dont il est atteint, constitue une maladie tout à fait indépendante de la paralysie générale, et très-compatible avec l'exercice des facultés intellectuelles. »

Je fus appelé moi-même, le 11 juillet, avec MM. les docteurs Ferrus, Foville et Pinel, à examiner M. Charles, et dans un rapport très-détaillé, nous crûmes pouvoir affirmer qu'il existait encore chez lui des signes évidents de démence et qu'il était encore possible de reconnaître par intervalles de l'hésitation dans la parole.

MM. Brierre de Boismont, Falret et Blanche furent nommés experts à leur tour, le 19 juillet. Ils constatèrent, comme nous l'avions fait, de l'affaiblissement intellectuel et, par moments, de l'hésitation de la parole.

Ce malade fut relevé de son interdiction, on lui donna un conseil judiciaire, et quelques mois après, il put se marier.

Depuis treize ans, M. Charles n'a eu aucune rechute. Il n'offre, d'ailleurs, aucun autre signe de paralysie que sa double amaurose.

Voici, comme on le voit, un malade que onze médecins ont déclaré paralytique, se fondant sur l'existence d'un accès assez prolongé de folie, accompagné d'un léger embarras de la parole et surtout caractérisé par le délire des grandeurs. Parmi ces médecins il en est qui n'ont vu le malade qu'après sa sortie de la maison de santé, lorsqu'il était en instance pour être relevé de son interdiction. Les symptômes qui persistaient étaient alors des plus légers ; néanmoins, se fondant sur l'incurabilité de la paralysie générale, on a cru pouvoir affirmer que cette maladie n'avait point cessé (1).

Les trois médecins, qui ont regardé M. Charles comme n'ayant eu qu'un accès de folie simple, ont surtout invoqué à l'appui de leur opinion la prétendue disparition des symptômes de paralysie générale ; ces trois médecins reconnaissent aussi que la démence paralytique est incurable et s'appuient sur ce fait pour dire que M. Charles n'en a jamais été atteint.

(1) Dans l'une des consultations signée de trois médecins, on affirme que la science ne possède pas un seul exemple de guérison de paralysie générale.

Il est assez curieux de voir comment on pourrait tirer des conséquences très-différentes de l'incurabilité de la démence paralytique. M. Charles, diraient les uns, a été paralytique, donc cette maladie persiste encore puisqu'elle ne guérit pas. Ce malade, diraient les autres, n'a jamais été atteint de paralysie générale, autrement, il ne pourrait manquer d'offrir encore les signes de cette affection.

Ajoutons que, dans ce cas, les consultations données par les quatorze médecins ont été imprimées et discutées devant les magistrats qui ont dû être quelque peu étonnés de cette divergence d'opinions.

Observation II.

Manie avec prédominance du délire des grandeurs et quelques signes légers de paralysie. — Deux médecins déclarent que le malade est vraisemblablement atteint de paralysie générale. Deux autres affirment qu'il est positivement atteint de cette maladie. Trois autres émettent l'opinion qu'il n'a eu qu'un accès de manie simple.

M. Alfred, âgé de soixante ans, fut placé, le 3 décembre 1861, dans une maison de santé, après avoir été visité par trois médecins.

L'un d'eux déclarait, dans son certificat, que le malade était *vraisemblablement atteint de paralysie générale.*

Dans un second certificat, signé de deux autres médecins, on lit que tout concourt, chez M. Alfred, à constituer la forme mentale à laquelle on a donné le nom de *délire paralytique.*

Le médecin de la Maison de santé déclare, dans un troisième certificat délivré, le 5 décembre, que le malade offre « du délire ambitieux qui s'est traduit par les actes les plus désordonnés, de l'embarras dans la parole et tous les symptômes d'*une paralysie générale* à son début ».

Un cinquième médecin est appelé, le 11 décembre, à examiner M. Alfred, et il constate qu'il offre « un tremblement très-évident des muscles des joues, que ses mains sont également, parfois, agitées, et qu'à plusieurs reprises sa langue embarrassée a trahi l'existence d'un commencement d'*une véritable paralysie.* ».

Plus loin, dans le même certificat, on lit comme résumé des symptômes : « C'est bien là la *paralysie générale avec démence commençante, et délire ambitieux.* »

Le 17 janvier, deux nouveaux médecins examinent M. Alfred ; ils ne trouvent plus ni délire ni embarras de parole, et déclarent qu'à leurs yeux rien ne caractérise « plus un état anormal, mais au contraire des facultés intactes ».

Enfin, le 24 janvier, trois médecins experts, nommés par le tribunal de la Seine, interrogent de nouveau M. Alfred avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, et ils concluent, à la fin d'un très-long rapport, qu'il n'existe plus « aucun signe d'une maladie mentale ». Quant au diagnostic, ils établissent : « Que bien que, d'après la nature des manifestations intellectuelles et d'après l'existence de quelques troubles dans la motilité, il ait été possible d'assimiler les symptômes observés à ceux qui caractérisent l'invasion de la folie paralytique, néanmoins aucun de ces symptômes n'a réellement atteint la valeur de signes positivement caractéristiques de l'existence de cette espèce d'aliénation mentale, et n'a dépassé, au point de vue du diagnostic, la valeur des symptômes susceptibles d'être expliqués par l'existence de la *forme maniaque de la folie simple*. »

Si nous cherchons à résumer ce fait, nous voyons que le malade a été regardé comme vraisemblablement atteint de paralysie générale par un médecin, comme positivement atteint de cette affection par deux autres médecins. Enfin, que d'après les trois experts il n'aurait eu qu'un accès de manie simple, les quelques symptômes inquiétants qu'il a pu présenter n'ayant pas été suffisamment développés pour servir de base au diagnostic d'un commencement de paralysie générale.

Voici donc encore des médecins spécialistes distingués dont les uns appellent *manie simple* ce que les autres affirment être « la *paralysie générale avec démence commençante et délire ambitieux* ». Sans doute, les premiers n'ont pas songé à nier que la manie, dans ce cas, n'offrît des signes inquiétants (délire ambitieux, tremblement des lèvres, hésitation de la parole). Pour eux, M. Alfred était un maniaque *menacé* de paralysie générale, mais ce n'était pas encore un paralytique; là où ils ne voyaient qu'une maladie simplement imminente, les autres croyaient pouvoir admettre une maladie déjà déclarée, invoquant le délire ambitieux, le tremblement des lèvres, et même par moments un peu d'hésitation de la parole.

Dans cette observation, comme dans la précédente, les magistrats ont eu à apprécier les opinions si divergentes des médecins. Il est important d'ajouter qu'après cinq années il n'y a eu aucune rechute, et M. le professeur Bouillaud, qui a vu M. Alfred dernièrement, l'a trouvé parfaitement sain de corps et d'esprit.

J'aurai occasion de citer plus loin d'autres cas pour lesquels des dissidences semblables à celles qui viennent d'être indiquées se sont manifestées ; je me borne ici aux deux observations qui précèdent.

Il est tout simple que les divergences d'opinions qui se produisent dans la pratique se retrouvent dans la science à propos de faits assez

nombreux. Des malades, placés dans les mêmes conditions, offrant les mêmes symptômes, sont considérés par les uns comme atteints de folie simple, et classés par d'autres parmi les paralytiques. C'est ce que prouveront entre autres les quatre observations suivantes.

OBSERVATION III.

Manie avec prédominance du délire des grandeurs sans signes de paralysie. — Guérison (1).

M. Adolphe, né en Espagne, âgé de trente-six ans, d'une nature active, entreprenante, d'une intelligence remarquable, commença en janvier 1857 à se plaindre de mauvaises digestions, et plus tard d'une affection du foie ; son état s'aggrava peu à peu. « Il disait à sa femme, en pleurant, que c'en était fait de lui, qu'il allait mourir ; en même temps il présentait une grande confusion d'idées, éprouvait de la difficulté à établir une liaison entre elles, ne pouvait écrire deux lignes et *ses bras n'avaient la force de soutenir ni son enfant ni le plus léger poids*.

«Le trouble de l'intelligence fut passager, mais l'état de dépression, de mélancolie, de découragement et d'incapacité à vaquer à ses affaires, eut une durée de trois mois environ à des degrés d'intensité variables. »

M. Adolphe paraît depuis lors avoir recouvré complétement la santé, et au commencement de septembre 1857, il entreprit un voyage à Londres ; mais dès le début de ce voyage il manifesta un état d'exaltation qui alla toujours en croissant ; le jour de son départ il sentit que sa mémoire et toutes ses facultés avaient acquis une force extraordinaire.

« Obligé de s'arrêter dans un endroit sablonneux et dépourvu de végétation, il conçoit le projet de fonder là une colonie agricole ; il écrit, dans ce sens, à un de ses amis, et en même temps, il engage un de ses collègues à publier des brochures dans toutes les langues de l'Europe. Arrivé à Londres, l'exaltation de ses sentiments et de ses idées prend un nouvel essor ; il parle de l'exposition avec enthousiasme et une physionomie rayonnante de joie, veut acheter des échantillons de tout ce qui le frappe pour fonder un muséum dans son pays.

» Mille autres idées bouillonnent dans son esprit : il veut relever le nom et la puissance des Espagnols en exerçant une grande influence sur l'esprit des Anglais ; dans ce but, il fait des achats nombreux, donne de somptueux dîners, propose à une réunion de capitalistes d'exé-

(1) Résumé d'une observation publiée par M. Jules Falret. — Thèse, 1853, *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies*, p. 143.

cuter dans Londres même un chemin de fer et offre de prendre des actions pour une somme considérable. Il agit comme un prince, reste en habit de cour depuis le matin jusqu'au soir, trace les plans d'un commerce gigantesque et achète un palais pour y établir une maison centrale.

» M. Adolphe est d'ailleurs irascible, querelleur et plein d'orgueil; il a sans cesse des pistolets sur sa table, et appelle en duel tous ceux qui lui font la moindre objection ou même qui lui présentent une facture à acquitter; il croit au-dessous de sa dignité de toucher de l'argent et il charge de ce soin son interprète ou son maître d'hôtel. Son activité est désordonnée, effroyable, etc. »

Il se proclame le génie de la guerre, il va faire des conquêtes, devenir le maître du monde..., il est l'homme le plus distingué de l'univers, sous le rapport des sciences, des lettres et de l'industrie, etc.

On remarquait parfois des paroxysmes d'agitation qui survenaient tous les quatre ou cinq jours, et après lesquels il y avait une très-grande prostration des forces. Cet accès de manie sans symptômes de paralysie cessa peu à peu, et M. Adolphe put bientôt être rendu à la liberté.

Il retourna dans son pays, et parmi les personnes qui le virent alors, les unes crurent qu'il était complétement guéri et les autres qu'il n'avait jamais été aliéné (1).

OBSERVATION IV.

Manie avec prédominance du délire des grandeurs. — Mort au commencement du second mois (2).

Un homme de soixante et un ans, livré à l'ivrognerie, fut amené à l'asile de Saint-Yon de Rouen. Depuis huit jours, il était en proie à une agitation furieuse. On croit qu'il était aliéné depuis longtemps.

« Il a vendu 10 francs un cheval de 300 francs. Il s'est roulé dans l'eau qu'un orage avait introduite dans son écurie et s'est plaint ensuite de ce qu'on lui jetait de l'eau à la tête.

» La veille de l'entrée, après s'être mis tout nu, il s'est armé d'un couteau, menaçant d'en frapper tous ceux qui l'approchaient.

» A l'entrée, agitation excessive, incohérence, menaces, injures, insomnie. Le malade se déshabille. Il croit savoir parler plusieurs langues.

(1) M. Adolphe a été soigné à Paris dans l'établissement de Passy. M. Blanche m'a dit qu'il avait regardé ce malade comme atteint de folie à *double forme* plutôt que de paralysie générale.

(2) Parchappe, *Traité de la folie*, p 9.

Il prétend être couché dans son lit avec son épouse. Tout est d'or, il a une voiture de diamants, d'or; ses chevaux sont d'or. Il a un château, il est seigneur. Six jours avant la mort, oppression, toux, altération des traits du visage, abattement. Il meurt suffoqué.

» A l'autopsie, on trouva la couche corticale piquetée de rouge et ramollie superficiellement dans plusieurs points. La substance blanche injectée, excessivement molle, surtout dans les parties centrales. »

Les deux observations qui précèdent ont été envisagées d'une façon très-différente par MM. Falret et Parchappe.

Pour M. Jules Falret le premier fait est un exemple de paralysie générale encore à son début, et, bien que le malade ait paru guéri, l'auteur ne doute pas, dit-il, « d'après les caractères si tranchés du délire et la marche de la maladie, que bientôt la folie paralytique ne reprenne son cours, et avec d'autant plus de rapidité qu'il aura été plus longtemps suspendu ».

Le second fait est, pour M. Parchappe, un exemple de folie simple aiguë.

A notre avis, cependant, les deux observations sont complétement de même nature, il s'agit dans les deux cas d'accès de manie avec agitation très-vive et prédominance du délire des grandeurs; ce délire était même beaucoup plus prononcé et avait, comme on a pu le voir, un caractère bien plus tranché d'absurdité dans l'observation de M. Parchappe; il se rapprochait donc plus complétement du délire qu'on a appelé *paralytique*.

M. Falret croit pouvoir diagnostiquer la paralysie générale d'après les caractères du délire et la marche de la maladie; pour M. Parchappe, au contraire, il faut avant tout les symptômes de paralysie.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique sur la paralysie générale, ce dernier auteur s'est expliqué sur ce point de la manière la plus explicite.

« S'il y a délire ambitieux sous certaines formes, dans certaines conditions, on peut craindre, souvent même on doit craindre l'avénement de la paralysie générale. Qu'elle s'ajoute au délire, plus de doute, la folie paralytique existe. Mais si ces phénomènes de paralysie ne se manifestent pas? Eh bien, le délire ambitieux en persistant continue à caractériser une folie simple. »

M. Calmeil, dans certains cas où les accidents se sont développés rapidement, montre encore plus de réserve.

« L'explosion de la manie, du délire *ambitieux*, la manifestation *rapide* d'un *affaiblissement intellectuel évident* compliquée d'un commencement de *bredouillement*, *d'impuissance musculaire générale*,

doivent, dit-il, faire regarder comme *probable* l'existence commençante de la périencéphalite diffuse. »

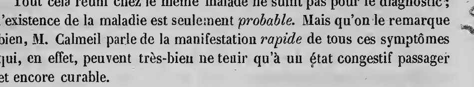
Ainsi :

Délire ambitieux ;

Commencement de bredouillement ;

Affaiblissement intellectuel évident ;

Impuissance musculaire générale.





Tout cela réuni chez le même malade ne suffit pas pour le diagnostic ; l'existence de la maladie est seulement *probable*. Mais qu'on le remarque bien, M. Calmeil parle de la manifestation *rapide* de tous ces symptômes qui, en effet, peuvent très-bien ne tenir qu'à un état congestif passager et encore curable.

Au contraire, la paralysie générale, d'après le même auteur, est *certaine* quand tous les symptômes ont augmenté d'une manière progressive.

Les deux observations qui précèdent prouvent que certains accès de manie avec prédominance du délire des grandeurs sont très-différemment envisagés, selon qu'on se montre plus ou moins exigeant sur le nombre et la nature des symptômes qui peuvent servir au diagnostic de la paralysie générale.

Il serait facile de reproduire ici des faits semblables et prouvant, comme ceux que je viens de citer, les dissidences des auteurs. J'ajouterai seulement les deux suivants qui se présentent dans des conditions différentes. Il s'agit d'observations dans lesquelles la paralysie générale n'a éclaté qu'après plusieurs années chez des aliénés atteints de folie ambitieuse.

Observation V.

Folie avec prédominance du délire des grandeurs sans signes de paralysie pendant six années, ensuite invasion de la démence paralytique (1).

« M. Alexandre, ancien contrôleur des contributions, âgé de cinquante-cinq ans, fut conduit à l'hospice de Charenton, le 24 mai 1810. On ne put obtenir de renseignements précis sur son état antérieur.

» On apprit seulement que le malade était d'un caractère ambitieux et orgueilleux, qu'il donnait depuis longtemps des marques d'aliénation et qu'il avait dépensé une partie de sa fortune à faire imprimer différents écrits qu'il regardait comme des chefs-d'œuvre.

(1) Observation publiée par Bayle, *Maladies du cerveau et de ses membranes*, p. 273.

» A l'époque de son entrée à Charenton, il était dans un délire ambitieux avec une exaltation extraordinaire des facultés intellectuelles.

» Il se croyait un homme très-important, un grand personnage et quelquefois Dieu même. Son imagination était dans une activité continuelle, il faisait des discours, des chansons, des hymnes, des poëmes, etc. Toutes ces productions étaient sans suite; mais on y remarquait souvent des rapprochements très-piquants, des idées bizarres et risibles, et des citations qui indiquaient une grande mémoire.

» Le malade était surtout dominé par des idées religieuses, il dessinait ou peignait sur les murs des emblèmes de tous les cultes qu'il confondait ensemble et y écrivait des vers mystiques, auxquels il était tout à fait impossible de rien comprendre.

» Il parlait beaucoup de tous les objets qui l'occupaient sans cesse, mais surtout des projets gigantesques auxquels il se livrait. Il n'était jamais furieux et ses idées conservaient toujours une certaine cohérence.

» M. Alexandre resta six ans environ dans cet état; mais, plus tard, l'exaltation diminua, les facultés s'affaiblirent et les mouvements commencèrent à être moins libres.

» En 1817, il tomba dans un état de démence. Ses idées étaient très-bornées, sa prononciation et sa démarche embarrassées.

» Le malade succomba à la paralysie générale au commencement de l'année 1819. »

Observation VI.

Folie avec prédominance du délire des grandeurs sans signes de paralysie pendant trois années, ensuite invasion de la démence paralytique (1).

« M. Laurent, âgé de cinquante-cinq ans, demeurant à Paris, employé dans un ministère, a toujours été doué d'un esprit vif, mobile et un peu léger. Il est marié à une femme qui est encore jeune et dont il n'a pas eu d'enfant; son ménage, où il dominait en maître, passait pour être heureux, sa vie était constamment active et il consacrait aux exercices, à la promenade, à la chasse, aux plaisirs du monde, tous les instants dont il pouvait disposer après son travail. A cinquante ans, surexcitation intellectuelle qui s'accroît rapidement; M. Laurent ne déraisonne pas, il continue à vaquer à ses occupations de bureau, mais il parle et s'agite beaucoup, ne dort presque plus, passe une partie des jours et des nuits à faire des vers, admire son talent, sa propre faconde, manifeste une assu-

(1) Observation publiée par M. Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 434.

rance et un aplomb qui ne lui sont pas ordinaires ; ses amis lui donnent le conseil de se soigner ; il n'écoute aucun avis et s'enivre en quelque sorte de son propre enthousiasme.

» Au commencement de sa cinquante et unième année, symptômes d'aliénation mentale évidents ; M. Laurent se croit fils de Dieu, prince des anges, l'agent et le représentant du Père céleste parmi les humains.

» Il est ivre de joie et de béatitude ; il se livre aux actions les plus déraisonnables et les plus inconvenantes ; il dédaigne maintenant son emploi et ne songe plus aux intérêts de sa famille. Comme il est sans cesse en mouvement et hors de son domicile, on prend le parti de le faire conduire à Charenton.

» A cinquante-deux ans, M. Laurent parle avec un feu, une verve incroyables ; il croit posséder tous les talents, tous les avantages qu'on a coutume d'envier le plus ici-bas ; il est poëte, musicien, doué de perfections divines ; il chante comme les séraphins, il peut bondir comme une gazelle, il prend des attitudes, des poses, des airs, dont on ne saurait peindre l'expression. Ses reparties sont vives, spirituelles, il ne reste pas une seconde sans parler, sans agir, sans se mettre en scène.

» La prononciation de M. Laurent est libre, ses mouvements sont prompts, faciles, empreints d'une singulière agilité ; sa santé physique ne laisse rien à désirer : sa constitution est, du reste, sèche et grêle plutôt que replète. On administre des bains fréquents et prolongés, on fait usage des purgatifs, des émissions sanguines, des pédiluves irritants et de toutes les ressources du raisonnement, l'activité du délire ne se ralentit pas une seconde.

» A cinquante-trois ans, mêmes conditions, idées d'omnipotence, hallucinations qui font croire à ce malade qu'il est en rapport avec Dieu et avec les anges ; il distribue aux uns des titres et des royaumes, il accorde aux autres des priviléges et des richesses. Il est impérieux, vain, pétulant, difficile à conduire.

» A cinquante-quatre ans, l'exubérance des idées va en diminuant : l'imagination est moins féconde. M. Laurent est moins vif et moins turbulent, il est aussi plus docile et moins svelte : on soupçonne l'existence d'un commencement de gêne dans sa prononciation. Un soir qu'on a permis à ce malade d'aller passer quelques heures chez sa femme, il fait une fugue et n'est retrouvé qu'au bout de soixante-douze heures, à plusieurs lieues de son domicile ; cette excursion, pendant laquelle il n'a fait que marcher sans prendre vraisemblablement ni repos, ni aliments, a singulièrement aggravé sa situation.

» A cinquante-cinq ans, M. Laurent est sur les limites de la démence ; son imagination est éteinte, ses conceptions sont très-bornées, sa physionomie a perdu son expression radieuse, sa volonté est sans énergie,

extérieur négligé, mouvements lents, prononciation gênée, habitudes de malpropreté. »

Quelques mois plus tard le malade succombait dans le marasme, avec tous les symptômes d'une paralysie générale au dernier degré.

Voici encore deux faits de même nature qui ont été interprétés de la manière la plus différente.

Pour M. Calmeil, M. Laurent a eu successivement deux maladies, une folie simple qui a duré trois années et une démence paralytique qui est survenue comme affection secondaire.

D'après Bayle, au contraire, M. Alexandre n'a eu qu'une seule et même affection qui s'est prolongée six années et qu'on doit diviser en deux périodes : La première a été caractérisée par une folie ambitieuse, sans lésion des mouvements ; dans la seconde, au contraire, on a observé tous les symptômes de la démence paralytique.

Nous ne connaissons point, dans la science, d'exemple où la doctrine des paralysies générales primitives ait été poussée plus loin que dans cette dernière observation. C'est le cas de rappeler l'affirmation si nette de cette doctrine faite par M. Trélat, lorsqu'il écrit : « Tel malade, faut-il dire, était, lors de son entrée, affecté de paralysie générale : puisqu'il l'est maintenant, il ne pouvait alors être atteint d'une autre maladie. La preuve a été faite. »

Il résulte des six observations qui viennent d'être citées, qu'il y a bien réellement deux manières très-différentes d'envisager certains faits de folie ambitieuse : les partisans de la doctrine d'après laquelle la paralysie générale serait toujours une maladie primitive, ne voient dans les cas dont il s'agit que la première période de la démence paralytique. Pour établir le diagnostic, ils n'attendent pas qu'il existe des symptômes permanents de paralysie, il leur suffit que le délire des grandeurs soit parfaitement tranché et qu'on l'observe dans de certaines conditions.

Au contraire, ceux qui professent que la paralysie générale est une maladie souvent secondaire soutiennent que les observations en litige doivent rester classées dans les folies simples tant qu'il n'existe pas de symptômes évidents et permanents de paralysie.

Nous discuterons plus tard ces deux opinions; nous n'avons pas eu d'autre but ici que de les exposer et de démontrer par des faits qu'elles existent bien réellement.

ARTICLE III.

FAITS DIFFICILES A CLASSER.

La paralysie généra est désormais devenue si fréquente dans les

asiles d'aliénés que, toutes les fois qu'on est appelé à examiner un nouveau malade, on se préoccupe tout d'abord de savoir s'il est atteint de folie simple ou de folie paralytique. Comme il n'y a point de classe intermédiaire, il faut nécessairement, à moins d'ajourner le diagnostic, se prononcer pour l'une ou pour l'autre maladie. Malheureusement cette classification est loin d'être toujours d'une application facile, et il arrive qu'on est obligé de suspendre plus ou moins longtemps son diagnostic. Si l'incertitude ne se prolongeait pas au delà de quelques semaines, il faudrait l'accepter comme un fait très-simple, et qui se présente dans beaucoup d'autres affections. Mais il y a des cas nombreux où les difficultés persistent pendant plusieurs mois, une année ou même plus; certains malades meurent avant que le diagnostic ait pu être porté ; d'autres, en plus petit nombre, guérissent, et l'on se demande s'ils sont guéris d'une paralysie générale ou d'une folie simple ; enfin il en est qui tombent dans la démence sans paralysie, et les doutes restent les mêmes. Nous croyons utile de réunir ici un certain nombre d'observations empruntées à divers auteurs et qui pourront être invoquées plus tard comme autant d'arguments pour prouver la nécessité de séparer en une classe distincte ces malades qui sont précisément ceux qu'on regarde comme *menacés* de paralysie générale.

Observation VII.

Folie avec prédominance du délire des grandeurs, embarras parfois très-marqué de la parole. — Délire hypochondriaque, terminaison par la démence simple sans paralysie. — Mort après trois années. — Aucune altération des membranes, substance grise et substance blanche saines. — Cerveau atrophié (1).

Une femme de cinquante-deux ans, d'une intelligence faible, devint aliénée à la suite du chagrin que lui causa la perte d'une de ses nièces : en même temps, elle fut très-vivement impressionnée par le spectacle d'un feu d'artifice ; dès le début, délire, exaltation dans les idées, cris, insomnie. Voici les détails donnés, par M. Parchappe, sur les symptômes et la marche de la maladie pendant le séjour à l'hospice :

« *Premier mois.* — Agitation excessive, vociférations, paroles sans suite, balbutiement, refus d'aliments. La malade chante des hymnes ; elle se plaint d'avoir été placée avec des folles. Elle veut s'en aller chez ses parents. Elle mange bien.

» *Deuxième mois.* — Elle a une calèche. La maison de Saint... est à

(1) Parchappe, *loc. cit.*, p. 126.

elle. Elle veut y retourner. Léger embarras dans la parole. La volubilité de la parole est extrême. Insomnie. Agitation excessive. Évacuations involontaires.

» *Troisième mois.* — Elle est mariée. Elle prend un interne pour son mari. On bat ses enfants. Elle les entend crier. Elle prend ses compagnes pour ses enfants. Cris continuels.

» Les paroles sont tronquées. La malade ne peut plus articuler.

» *Quatrième mois.* — La malade se calme. La parole est sensiblement moins embarrassée.

» Le délire est moins actif. La malade gâte.

» *Sixième mois.* — Retour de l'agitation et de l'embarras de la parole. Plusieurs alternatives de calme et d'agitation; pendant le calme la parole est libre. L'intelligence s'affaiblit de plus en plus.

» La malade ramasse des ordures.

» La marche et la parole sont peu embarrassées. L'agitation devient rare et courte. Elle prétend qu'elle n'y voit presque pas, que ses bras sont cassés, qu'elle est maigre, qu'elle se réduit à rien, que ses jupes ne tiennent plus sur elle, que si ça continue elle va bientôt mourir.

» Pendant la dernière année, la parole et la marche sont libres. Faiblesse intellectuelle, calme, docilité. Inquiétudes pour sa santé. La malade gâte jour et nuit. Des symptômes de gastro-entérite se manifestent.

» La malade se déclare perdue.

» Elle dit qu'elle s'en va, qu'elle est bien mal ; elle dépérit rapidement et meurt :

Encéphale..........	980 millim.
Cervelet..........	120
Circonvolution antérieure..........	7 m.
Longueur du lobe antérieur..........	32 m.
Épaisseur de la couche corticale..........	1mm,5 à 2 millim.
Épaisseur de la couche corticale à la base..........	3mm à 3mm,5.

» Point d'épaississement des membranes, substances grise et blanche saines, fermes. Circonvolutions minces, petites ; anfractuosités peu profondes.

» La substance blanche ne constitue, dans beaucoup de circonvolutions, qu'une lame très-mince. La surface du cervelet est molle, jaune ; un grand nombre de feuillets ne sont recouverts sur leur tranche que par une couche excessivement mince de substance jaune. Les nerfs olfactifs sont réduits à un mince filet. »

Parchappe a regardé cette femme comme atteinte de folie simple, chronique. Il signale sans doute, à la suite de l'observation, les alterna-

tives d'embarras et de liberté de la parole coïncidant avec l'agitation et le calme. Mais cela ne saurait lui suffire même avec le délire des grandeurs pour le diagnostic de la paralysie générale. Cette maladie, en effet, pour l'auteur, n'est-elle pas due à un ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale ; or ici la substance grise et la substance blanche étaient saines et fermes.

Comment comprendre avec un ramollissement du cerveau ces alternatives de liberté et d'embarras de la parole ? d'ailleurs, pendant la dernière année « la parole et la marche ont été libres ».

Cependant que d'objections se présentent contre la classification de ce fait dans les folies simples. Combien de médecins, pendant les deux premières années, n'eussent pas hésité à considérer cette femme comme paralytique.

N'avait-elle pas un embarras très-marqué de la parole et le délire ambitieux le mieux caractérisé ? Quant à nous, nous n'aurions pas manqué d'invoquer, en outre, les conceptions hypochondriaques qui faisaient dire à la malade que ses *bras étaient cassés*, qu'*elle n'y voyait presque plus*, qu'*elle était maigre* et qu'*elle se réduisait à rien*, etc.

Il est probable que Parchappe a partagé cette opinion, mais que la disparition de certains symptômes dans la dernière année, et surtout l'absence des lésions anatomiques, ont dû lui en faire adopter une autre. Quoi qu'il en soit, voilà un premier fait dont la classification offre certainement les plus sérieuses difficultés.

Observation VIII.

Agitation. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Tremblement des membres. — Eschares aux deux coudes. — Suppuration abondante. — Guérison qui se maintient depuis quatre ans (1).

» Alexis B..., conducteur de diligences, âgé de trente-quatre ans, est entré à l'asile de Blois le 23 novembre 1856. Il n'y a pas d'aliéné dans sa famille, son père est mort d'une affection cérébrale. »

B... n'a jamais eu de maladie sérieuse, il s'est plaint pendant quelques années de maux de tête, d'étourdissements, de bourdonnements.

En 1852, il fit, sur la tête, une chute assez grave ; un médecin pratiqua alors une saignée, et prescrivit plusieurs jours de repos.

Vers le mois d'août, trois mois avant l'entrée du malade à l'asile, sa femme s'aperçoit qu'il oublie souvent les commissions dont on le charge. Habituellement timide, réservé, économe, B... est devenu bavard, pré-

(1) Résumé d'une observation publiée par M. Lafitte, *Archives cliniques*, t. I, p. 36.

somptueux, prodigue, l'hésitation dans la parole n'a pu être remarquée par la raison qu'il a toujours eu un certain embarras dans la prononciation ; mais le tremblement des mains a été bien constaté. Bientôt l'agitation et l'insomnie surviennent. B... se livre à des actes de violence qui nécessitent son placement d'urgence à l'asile.

» Ce malade, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, se présente à nous dans l'état suivant : face rouge animée ; conjonctives injectées, tous les muscles de la face, principalement l'orbiculaire des lèvres, sont le siége de contractions fibrillaires qui s'étendent aussi aux muscles de la langue sans que cet organe soit dévié. Tremblement très-apparent. La force est diminuée, mais égale des deux côtés. La démarche paraît libre et assurée. L'analgésie de toute la surface cutanée est complète. Le délire est principalement caractérisé par des idées de grandeur. Le malade porte de l'or dans ses mille voitures, il a quarante mille chevaux pour transporter quarante mille pièces de vin ; il a 40 000 francs dans son secrétaire ; il est très-fort, six infirmiers comme ceux qui sont autour de lui ne lui feraient pas peur ; il n'est pas marié, il a deux enfants généraux, il ne s'est jamais aussi bien porté qu'aujourd'hui. »

On constate un embarras évident de la parole, surtout sensible dans l'attaque de la première syllabe de certains mots, quelquefois même c'est un véritable bredouillement inintelligible.

3 *décembre.* — L'agitation est toujours grande et nécessite l'emploi de la camisole qui, grâce aux mouvements incessants du malade, détermine deux larges plaies superficielles à la partie interne et supérieure des deux bras.

4 *décembre.* — Mêmes idées ambitieuses, les tremblements musculaires persistent, le bras droit présente un empâtement considérable, dont on trouve la cause dans la mortification commençante des téguments qui recouvrent l'olécrâne à ce niveau ; la peau livide est sillonnée par des lignes noirâtres ; autour de ce point les tissus sont gonflés et rouges.

8 *décembre.* — Travail d'élimination de l'eschare, le malade est un peu plus calme : mêmes idées ambitieuses, il fait marcher toutes les diligences de la ville, il n'est point malade, etc.

Les contractions vermiculaires des muscles de la face et de la langue sont bien moins apparentes. Le tremblement des mains est le même qu'au début.

15 *décembre.* — Une eschare en tout semblable à celle du bras droit s'est détachée au bras gauche. Il y a eu un retour momentané de l'agitation.

« 26 *décembre.* — Malgré le calme apparent du malade, on n'observe

aucun changement dans son état mental. Il est très-content de sa position et veut donner 10.000 francs par mois à l'établissement.

» 28 *décembre.* — On est surpris de ne plus trouver aucune trace de délire, la physionomie a perdu cette expression caractéristique de contentement; répondant à une de nos questions relatives à ses richesses, le malade nous dit : « Je suis un pauvre conducteur; je ne sais où je suis allé chercher tout ce que je vous ai dit : c'est comme si je sortais d'un rêve. »

» Les contractions fibrillaires de la face ont complétement disparu, l'embarras de la langue est encore facile à saisir, le tremblement des mains persiste. B..... demande des nouvelles de sa femme et donne sur ses antécédents des détails exacts.

» Le 10 janvier 1857, il écrit une bonne lettre à sa femme. État très-satisfaisant.

» 13 *juillet* 1857. — Au moment où B .... obtient sa sortie, il ne présente plus qu'un très-léger embarras de la parole, embarras qui paraît avoir toujours existé chez lui. Nous avons pu suivre ce malade, et depuis quatre ans et il nous a été impossible de saisir le plus léger trouble des facultés intellectuelles, la moindre trace de désordre musculaire. »

Nous avons dit, en rapportant l'observation de M. Charles (observation I), que trois médecins, dans l'une des consultations données, avaient déclaré qu'il n'existait pas dans la science un seul exemple bien avéré de guérison de paralysie générale.

D'autre part, M. Parchappe, en résumant à la Société médico-psychologique les symptômes de la folie paralytique, s'exprimait ainsi :

« L'un des caractères les plus spéciaux et en même temps les plus fâcheux de la marche de la paralysie générale des aliénés, c'est qu'elle se termine constamment par la mort.

» En émettant cette opinion, je ne veux pas décourager les autres plus que je ne me suis découragé moi-même.

» Je crois qu'il faut traiter la folie paralytique dans la première période, comme si elle pouvait guérir, mais bien que je me sois conformé à cette règle, je n'ai pas été assez heureux pour obtenir évidemment et certainement une seule guérison » (1).

En présence de ces affirmations si nettes sur l'incurabilité de la démence paralytique, affirmations qui ne font que traduire l'opinion généralement admise, on se demande comment classer la dernière observation que nous venons de rapporter.

S'agit-il d'un cas de paralysie générale, comme le pense M. Lafitte?

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 473.

Mais comment admettre, s'il en était ainsi, que B....., quatre années après sa sortie de l'asile, n'offrît pas le plus léger trouble des *facultés intellectuelles et la moindre trace de désordre musculaire.*

Rappelons que la maladie a duré plus de six mois. Or, une périencéphalite diffuse qui s'est prolongée si longtemps peut-elle disparaître si complétement que le malade n'en conserve absolument aucune trace ?

On a vu plus haut (obs. VIII) Parchappe laisser dans les folies simples une observation qui mériterait bien mieux que celle de M. Lafitte de porter le titre de paralysie générale. Ici donc encore, difficulté de classification au point de vue des opinions généralement admises.

Ces réflexions s'appliquent à tous les cas dans lesquels on a prétendu guérir des paralysies générales, et, comme on le verra plus loin, la science possède désormais un assez grand nombre de ces faits.

Observation IX.

Pendant quatre ou cinq ans, légers signes d'aliénation mentale; la cinquième année, accès de manie qui dure trois mois; la septième année, deuxième accès de manie qui dure également deux ou trois mois. Dans l'intervalle de ces accès, léger affaiblissement de la mémoire. La dixième année, troisième accès de manie avec embarras de la parole. — Mort par congestion cérébrale. Légère hémorrhagie de l'arachnoïde; aucune adhérence des membranes; cerveau sain (1).

Jean-Baptiste D..... est un homme de cinquante-deux ans qui n'avait jamais donné de signes d'aliénation mentale jusqu'en 1830, époque à laquelle les événements politiques parurent contribuer à la perte de sa raison. Il commença par négliger son travail, se mit à fréquenter les réunions de son village, où son exaltation politique l'exposa souvent aux railleries de ses camarades. Pendant plusieurs années, il présenta de légers signes d'aliénation mentale. En 1835, survint un accès de manie qui dura trois mois.

En 1837, un second accès de manie, semblable au premier, dura aussi deux ou trois mois. Enfin, en 1841, il en survint un troisième qui fut plus violent et plus long que les autres. Dans l'intervalle de ces accès, on n'eut à noter qu'un affaiblissement notable de la mémoire et une faiblesse souvent très-grande dans les jambes.

Jean-Baptiste D....., entré à l'hospice de Marseille le 7 juillet 1841, est dans l'état suivant : constitution robuste, visage coloré, tempérament

(1) Résumé d'une observation publiée par Aubanel. (*Annales médico-psychologiques*, 1843, t. II, p. 59.)

sanguin très-prononcé ; cris, chants et paroles inintelligibles, délire général, incohérence excessive dans les idées, agitation, mobilité extrême, point de sommeil, en un mot, tous les signes d'un accès de manie très-aigu. « Les antécédents du malade, dit Aubanel, et un léger embarras de la parole, éloignèrent de nous l'idée d'une manie simple, nous crûmes avoir affaire à un état de démence paralytique, dont les symptômes principaux étaient masqués dans le moment par l'agitation maniaque à laquelle le malade était en proie. »

» 11 *juillet.* — Il y avait moins d'agitation depuis plusieurs jours ; tout annonçait la cessation prochaine de l'accès, lorsque dans la journée on trouva le malade accroupi dans un coin avec tous les signes d'une congestion cérébrale. — Saignée, purgatifs.

» 13 *juillet.* — Réponses rares et courtes ; paroles presque inarticulées. — Sangsues à la nuque.

» 15 *juillet.* — Coma profond, les membres exécutent quelques mouvements ; il n'y a ni paralysie ni convulsion.

» 18 *juillet.* — Assoupissement, diarrhée. La mort survient le 19 dans la matinée. »

Autopsie. — Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est tapissé, dans une grande étendue de la base du crâne, par une exsudation sanguine, d'une coloration rouge clair. Cette membranule n'existe que sur le côté gauche du crâne. Le feuillet cérébral de l'arachnoïde et la pie-mère ne présentent aucune altération, si ce n'est sur l'hémisphère gauche, où l'on voit plusieurs taches rouges des ecchymoses sous-arachnoïdiennes qui résistent à l'action d'un filet d'eau.

» Il n'y a aucune adhérence des membranes à la substance grise. Les circonvolutions ont un volume ordinaire, leur consistance est normale ainsi que leur coloration, la substance blanche est saine ; il n'y a point de sérosité dans les ventricules.

Aubanel déclare, comme on l'a vu, que les antécédents du malade et un léger embarras de la langue éloignèrent de lui l'idée d'une manie simple ; il crut avoir affaire à une démence paralytique dont les symptômes principaux, dit-il, devaient être masqués par l'agitation maniaque. A-t-il maintenu cette opinion après avoir fait l'autopsie ? La manière dont il s'exprime porte à penser le contraire. Si cet aliéné était paralytique, sa maladie devait remonter à son premier accès de manie qui laissa à sa suite de l'affaiblissement de la mémoire et une grande faiblesse des jambes. D'autre part, comment croire, si ce malade avait eu une périencéphalite chronique diffuse remontant à une époque aussi éloignée, qu'un observateur aussi habile qu'Aubanel ait pu déclarer que la substance grise et la substance blanche étaient saines.

On se trouve donc ici encore dans le même embarras que pour les faits précédents.

Observation X.

Folie d'origine alcoolique avec prédominance d'idées de grandeur, hallucinations, tremblement des lèvres, de la langue et des bras; — guérison après dix mois environ (1).

« L....., âgé de cinquante-cinq ans, saltimbanque et marchand de cirage, entre à Bicêtre le 15 mai 1860. Cet homme se livre depuis longtemps à des excès de vin et d'eau-de-vie, et chaque fois qu'il a bu plus que de coutume il offre un tremblement des mains très-caractérisé. Condamné à un mois de prison, il se trouve à peine en liberté qu'il s'abandonne à de nouveaux excès : bientôt, agitation maniaque, hallucinations de la vue, panophobie ; il voit des voleurs qui courent après lui, des assassins qui le menacent et commet des extravagances. Puis au bout de quatre ou cinq jours son délire se transforme ; il parle sans cesse de ses richesses, de son or, de ses billets de banque, il veut acheter un château, se présente dans différents magasins pour faire emplète de meubles splendides, et renvoie pour le payement à son homme d'affaires.

Au moment de l'entrée, agitation, insomnie, tremblement des mains, de la langue et des lèvres; délire ambitieux toujours très-caractérisé. Les jours suivants, sous l'influence de bains prolongés et de quelques doses d'opium, le sommeil et le calme reparaissent, le tremblement diminue; mais les hallucinations et le délire ambitieux ne se modifient en aucune façon et, pendant cinq mois, restent tout à fait stationnaires. L..... parle sans cesse de sa fortune et de ses propriétés; il nomme garde général de ses forêts l'un de ses compagnons d'infortune; il promet cinq mille francs à un surveillant afin de s'évader. En même temps, il entend chaque matin la voix de sa femme qui cause longuement avec lui. Parole nette, bien articulée, tenue convenable et calme.

Vers la fin de 1860, le délire ambitieux et les hallucinations diminuent progressivement : le malade passe à la ferme Saint-Anne où il travaille en plein air; il est doux, facile à conduire, raisonnant assez bien, conservant toute la netteté de sa parole, mais un peu indifférent et apathique. Dans le courant de janvier 1861, les hallucinations disparaissent, il n'existe plus aucune trace des idées ambitieuses ; le malade sourit lorsqu'on les lui rappelle et les attribue au trouble de son esprit ; il affirme qu'il est guéri, promet d'être plus sobre à l'avenir, et réclame instamment sa sortie, qui lui est accordée le 28 février.

(1) Marcé, *Gazette des hôpitaux*, 28 mars 1863.

Marcé a eu, depuis, l'occasion de le revoir, et il s'est assuré que la guérison s'était parfaitement maintenue. »

Observation XI.

Folie avec prédominance du délire des grandeurs, d'origine alcoolique, accompagnée d'un léger tremblement des lèvres. — Guérison après trois mois (1).

« Le sujet de cette observation est un nommé B....., âgé de quarante-cinq ans, tambour de la garde nationale, faisant depuis longtemps des excès considérables de vin et d'eau-de-vie, entré à Bicêtre le 13 mars 1862. Au moment de son entrée, B..... présente une violente agitation maniaque avec cris incessants, incohérence des idées, insomnie, mouvements désordonnés; les hallucinations de la vue manquent totalement. Cet état qui remonte à deux jours persiste avec la même intensité jusqu'au 19 mars; mais bientôt on s'aperçoit qu'au milieu du délire maniaque prédominent quelques idées ambitieuses avec un peu de tremblement des lèvres, sans embarras dans la prononciation. Le 19, sous l'influence de bains prolongés et de purgatifs, l'agitation s'est calmée et le malade a dormi cette nuit pendant plusieurs heures.

Les idées sont moins désordonnées, mais le délire ambitieux persiste au même degré ; B..... se dit le premier tambour de l'univers ; on ne peut se passer de lui ; tous ses chefs l'estiment à un haut degré ; il compte gagner bien vite plusieurs millions en faisant le tour de l'Europe pour donner des séances de tambour; il a sous la main 200 000 francs pour monter une entreprise, tout le monde le connaît, tout le monde l'admire.

Un examen attentif permet de constater qu'il n'existe aucune trace d'embarras dans la parole.

Cet état reste stationnaire pendant près de trois mois. B..... est calme, a du sommeil, de l'appétit, et travaille en plein air ; sa conduite est raisonnable, mais il s'irrite lorsqu'on doute de la réalité de ses assertions. Ce n'est que vers le milieu de juin qu'il commence à écouter de sang-froid les objections qui lui sont faites, à douter de son délire, à être un peu honteux des railleries qu'on lui adresse. Le 4 juillet il sort guéri.

Marcé l'a revu le 14 février 1863 et la guérison ne s'est pas démentie. B..... a repris ses fonctions de tambour ; il a la parole nette, bien articulée, son attitude est excellente et son intelligence n'est nullement affaiblie. Il affirme qu'il boit moins qu'auparavant, son estomac ne pouvant plus supporter ni le vin ni l'eau-de-vie. »

(1) Marcé, *loc. cit.*

Ces deux observations ont été publiées par Marcé, pour prouver que le délire ambitieux n'a pas la valeur exagérée que certains auteurs lui attribuent, comme signe précurseur et comme symptôme de la paralysie générale. « Elles prouvent, dit-il, qu'un délire de cette nature peut se rencontrer de la manière la plus nette dans la forme purement maniaque de l'alcoolisme aigu. »

Est-il vrai cependant, comme le prétend ici l'auteur, qu'on puisse affirmer que dans des cas semblables on ait affaire à une forme purement maniaque, et que ces accès de folie avec prédominance d'idées de grandeur ne seront pas suivis de démence paralytique? Pour répondre à cette question, il suffit de se souvenir que les excès alcooliques sont une des causes les plus actives de cette maladie.

A nôtre avis, la folie ambitieuse alcoolique, au point de vue du pronostic, est moins grave que la manie ambitieuse qui reconnaît d'autres causes que les excès de boissons, mais il n'y a là qu'une différence de degré et non une différence de nature.

L'un des deux malades, regardé par Marcé comme atteint de folie simple, est rentré l'année suivante, à Bicêtre, avec tous les symptômes d'une paralysie générale; les choses se sont donc passées, dans ce cas, absolument comme si la manie ambitieuse avait été produite par d'autres causes que les excès alcooliques. Voilà donc encore des observations très-difficiles à classer. Qu'on regarde, en effet, les folies alcooliques avec prédominance d'idées de grandeur comme des folies simples ou comme la première période de la paralysie générale, on risque de se tromper, ainsi que cela est arrivé à Marcé (1).

Observation XII.

Paralysie générale chez un malade qui, un an auparavant, avait été atteint d'un accès de manie dont il avait guéri (2).

« Un homme de trente-sept ans, à la suite d'excès de boissons, fut conduit à l'asile de Saint-Yon le 3 juin 1837, il en sortit guéri le 20 août, après avoir offert les symptômes suivants : agitation maniaque, insomnie. Il écrit souvent, et dans ses lettres il est constamment question de vin, de liqueurs, de bons repas. Il demande à sa femme, avec laquelle il est brouillé, de lui envoyer du vin. Peu à peu l'agitation se calme, le trouble de la raison disparaît, le retour à la santé semble complet.

(1) Le malade qui est rentré à Bicêtre atteint de paralysie générale est le nommé G..., tambour de la garde nationale ; je tiens ce renseignement de M. le docteur Magnan, ancien interne de Marcé.

(2) Parchappe, *loc. cit.*, p. 221

Le malade désire vivement sortir pour travailler et concourir à subvenir aux besoins de sa famille, à l'éducation de ses enfants ; il sort guéri.

Après sa sortie, la mésintelligence qui avait existé dans son ménage augmente. Cet homme vit avec peu de régularité et se livre à quelques excès d'ivrognerie. Dix jours avant sa reintégration, sa femme fait enlever ses meubles et manifeste l'intention de se séparer. Immédiatement le délire éclate. Idées de richesse. Réintégré le 22 avril 1838, le malade offre les symptômes suivants : il se croit riche, parle d'opérations de commerce colossales. Il a une place de 6000 francs. Il est venu à Saint-You pour prendre quelques bains, et s'indigne à l'idée exprimée par le médecin que le retour de sa maladie est dû à de nouveaux excès. Il est tracassier, tourmente les malades, se relève la nuit et va les réveiller dans leur lit. Il remplit ses poches de cailloux, de bois, de chiffons, de tout ce qui tombe sous sa main et témoigne beaucoup de chagrin lorsqu'on vide ses poches de ces ordures. La parole est embarrassée, la station peu sûre, la marche vacillante. Ces symptômes sont encore peu prononcés. Les yeux sont saillants et les conjonctives injectées.

L'agitation, après avoir augmenté au point de rendre l'isolement indispensable, diminue peu à peu.

Après trois mois de séjour, le malade est calme, la marche facile, l'embarras de la parole est plus prononcé. Un peu de travail, embonpoint. Idées de richesse.

Après six mois, plus d'idées de spéculations. L'intelligence s'affaiblit, la marche s'embarrasse de plus en plus. Le travail devient impossible. Voracité. Deux fois le malade manque de s'asphyxier par engouement de l'œsophage. Après un an, congestion cérébrale avec perte de connaissance. Depuis cette attaque, la station est impossible. Retour des idées de richesse. Il offre 25 000 francs à son gardien s'il veut l'accompagner à Paris. Il prétend qu'il pourrait très-bien aller seul, à pied, à Elbeuf en un jour. Huit jours avant la mort, nouvelle congestion. On a beaucoup de peine à saisir quelques mots mal articulés. Abolition complète de l'intelligence. Déglutition impossible. Contraction des membres. Perte de connaissance. Mort.

A l'autopsie, on trouva les lésions habituelles de la paralysie générale : « hypérémie de la pie-mère, adhérences, ramollissement pointillé de la surface des circonvolutions ».

Observation XIII.

Paralysie générale chez un malade qui, six mois auparavant, avait eu un accès de mélancolie dont il avait guéri (1).

« Le nommé C....., issu d'une bonne famille, ayant reçu une éducation secondaire complète, a consacré toute sa vie au commerce, mais s'est livré en même temps, à des excès alcooliques et vénériens souvent excessifs. Soit par suite de sa mauvaise conduite privée, soit par manque d'habilité commerciale, il a toujours fait de mauvaises affaires, a perdu une centaine de mille francs qui composaient sa fortune, et a compromis celle de plusieurs membres de sa famille. Au printemps de 1863, un de ses cousins, vieillard libertin, compagnon ordinaire de ses orgies, étant menacé d'être arrêté sous la prévention d'un attentat à la pudeur, C..... lui conseille de quitter la France, et il part avec lui pour l'Angleterre. Pendant plusieurs semaines ils mènent ensemble, à Londres, une vie tellement désordonnée que de nouvelles poursuites les menacent. C...... revient seul en France, dans le courant de juillet, et ne tarde pas à donner des signes de troubles intellectuels. Ceux-ci ne faisant qu'augmenter, C..... est amené à l'asile de Châlons le 16 août. Il est alors âgé de trente-neuf ans, d'une stature élevée, d'une apparence athlétique, d'une vigueur peu ordinaire. On apprend à cette époque que sa mère, encore vivante, est épileptique depuis longtemps. Le délire de C..... est de nature mélancolique, il se croit entouré d'ennemis ; il refuse de manger, parce que du poison est mêlé à tous les aliments qu'on lui offre ; il entend des voix qui lui adressent des menaces ; il croit que la France et l'Angleterre vont être perdues et qu'il en sera cause. Il se plaint d'une céphalalgie constante et d'une constipation opiniâtre. Ces derniers symptômes sont combattus par quelques purgatifs. Dans le courant de septembre, le délire diminue, le malade mange volontiers et cesse de se plaindre ; l'amélioration augmente en octobre, et le 14 novembre C..... sort de l'asile avec toutes les apparences de la guérison.

Rentré dans la vie privée, il cherche de nouveau à s'occuper d'affaires commerciales sans réussir à trouver d'emploi, et il ne tarde pas à se replonger dans la débauche. Dans les premiers jours d'avril 1864, à la suite de plusieurs jours d'ivresse non interrompue et d'excès vénériens répétés, on constate de nouveau l'altération de sa raison. Il est ramené à l'asile le 15 du même mois. Sa maladie présente alors des caractères bien différents de ceux observés lors de son premier séjour ; il est en proie au délire expansif le plus complet, avec des idées de richesse, de puissance

(1) Observation communiquée par M. Foville fils.

et d'orgueil. Il a une fortune immense, il va recevoir demain un million qu'il a gagné à la loterie en Allemagne, il en gagnera beaucoup d'autres par tous les moyens possibles, notamment en écrivant à plusieurs grandes dames qu'il les accusera publiquement d'avoir des amants si elles ne lui achètent pas son silence moyennant des sommes considérables. Il va faire toute espèce de commerce, vin, eau-de-vie; il va aussi se lancer dans la littérature et, faute de talents personnels, il payera 50 000 francs, à un homme de lettres connu, pour écrire ses mémoires.

» A peine entré à l'asile, il accueille les personnes qu'il voit pour la première fois comme d'anciens amis. Il promet plusieurs centaines de mille francs pour des constructions à faire dans l'établissement. Il se pose à la fois comme chambellan de l'empereur, empereur, grand amiral et évêque de la chrétienté. On constate en même temps que la parole est embarrassée, lente et tâtonnée. Certains mots ne peuvent pas être prononcés. La marche est vigoureuse, mais quelquefois un peu irrégulière ; les mains tremblent légèrement; son écriture a perdu beaucoup de sa netteté. Les pupilles ne présentent pas d'altération notable. Son activité est excessive, il marche sans cesse avec animation, a un grand appétit, dort très-peu. Un purgatif salin, grand bain tous les jours.

» Au bout de très-peu de temps, trois ou quatre jours environ, ce délire expressif se complique d'une grande violence et d'un penchant invincible à la destruction. C..... commence à frapper les gardiens et les autres malades. Il brise tout ce qu'il peut saisir, notamment les plantes et les fleurs du jardin, on est obligé de le faire passer au quartier cellulaire.

» Tout l'été se passe sans autre changement que quelques variations dans la forme et l'intensité de l'excitation maniaque et du délire ambitieux. C..... cherche constamment à porter de mauvais coups aux personnes qui l'approchent, met ses vêtements en lambeaux, déchire les camisoles de force faites de la toile la plus solide, brise plusieurs lits de fer, déchire des quantités de couvertures, dévaste entièrement le jardin ; il est plus abondamment que jamais, pourvu de richesses, de puissance et d'honneurs. Grand bain prolongé presque chaque jour, limonade purgative, quelques antispasmodiques.

» Dans le courant du mois de septembre, l'excitation maniaque commence à se calmer sans qu'il y ait de modification dans le délire. Seulement la violence disparaît et permet de faire quitter au malade, le quartier cellulaire.

» *Octobre.*—En quelques jours il se fait une modification complète dans l'état de C..... Il revient très-promptement à la lucidité et à une appréciation exacte de la réalité. Ses idées de grandeurs et de richesses disparaissent, il s'habille proprement, a soin de sa personne, a la conscience

qu'il vient d'être malade pendant plusieurs mois, mais a peine à croire tout ce qu'on lui raconte sur la nature de ses actes et de ses idées pendant cette période de temps. L'appétit se conserve bon ; la physionomie reprend une teinte saine ; mais la parole conserve le caractère d'hésitation et de lenteur qu'elle a présenté depuis la seconde entrée du malade.

» *Novembre.* — L'amélioration continue à tous égards, sauf en ce qui concerne l'altération de la parole. C..... se croit guéri et demande avec instances à être remis en liberté. On lui fait comprendre que pour éviter une rechute il est nécessaire qu'il reste encore quelque temps à l'asile et, pour lui faire prendre patience, on l'engage à venir travailler dans les bureaux de l'établissement.

» Admis dans les bureaux, C..... y travaille d'une manière convenable, son écriture, un peu tremblotante les premiers jours, ne tarde pas à se raffermir, il fait preuve d'une grande volonté et d'une instruction assez étendue, mais aussi d'un affaiblissement marqué des facultés, d'une grande crédulité et d'une docilité qui ne faisaient pas partie de son ancien caractère ; en un mot, il y a commencement évident de démence.

» Les choses continuent de la sorte jusqu'au mois de mars 1865. A cette époque, surviennent quelques changements dans le caractère de C..... Sans cesser d'être calme et de fréquenter assidûment les bureaux de la maison, il n'est plus aussi régulier dans sa manière d'être, tantôt il parle de sa sortie prochaine, des voyages et des opérations commerciales qu'il entreprendra sans paraître se douter que, ruiné comme il l'est, il manquera des moyens nécessaires pour exécuter ses projets ; tantôt il se plaint d'un malaise qui l'empêche de travailler et manifeste de grandes inquiétudes sur le maintien de sa santé. Certains jours, sa parole est beaucoup plus embarrassée encore qu'à l'ordinaire ; sa démarche devient lourde et parfois chancelante.

» *Avril.* — Dans le commencement du mois, l'état reste le même, mais il s'aggrave rapidement dans la seconde moitié. Du 20 au 26, C..... dit qu'il est trop fatigué pour travailler dans les bureaux et reste au pensionnat ; il mange très-peu, se plaint de constipation, porte sur sa physionomie l'apparence de la tristesse, mais ne présente encore aucun indice de délire. Celui-ci paraît le 26, au matin, il est de nature mélancolique et hypochondriaque. C..... nous annonce qu'il va faire une confession générale, que sentant tout son être matériel complétement métamorphosé, il veut modifier de même son être moral, il a passé la nuit à récapituler toutes ses fautes et il veut demander pardon à tout le monde du mal qu'il a fait et qu'il s'exagère beaucoup. Il dit aussi qu'il a changé de corps, qu'il est devenu tout à coup maigre (quoique ayant encore un embonpoint considérable), qu'il ne peut plus manger et qu'il n'a point

de forces. Tandis qu'il parle de la sorte, sa parole est plus embarrassée que jamais. — 27 et 28, même état. — 29, à une heure du matin, sans que rien ait pu faire prévoir le changement qui allait se produire, C..... se relève furieux, s'habille en toute hâte, et dans un état d'agitation générale très-intense, il fait trembler le bâtiment par des cris imitant des commandements militaires. Les idées qui avaient caractérisé le délire expansif de l'été précédent reviennent en foule et se succèdent avec la plus grande rapidité. Il est mis au bain à deux heures du matin, y reste jusqu'à six heures, sans cesser d'être agité et passe toute la journée dans la même situation. Le soir, il est fixé dans son lit avec une vessie remplie de glace sur la tête. Le sommeil ne tarde pas à venir, la nuit est tranquille et le lendemain matin C..... est de nouveau plongé dans la stupeur. Les jours suivants la stupeur avec délire mélancolique et hypochondriaque subsiste; le malade mange bien et néanmoins il maigrit rapidement.

» 4 *mai*. — Dans la journée, C..... s'excite de nouveau, mais avec moins d'intensité, moins de violence que le 29 avril. Nouvelle application de glace encore suivie de retour à la stupeur. A partir de ce moment, cette dernière subsiste sans rémittence. Le plus souvent, C..... refuse entièrement de parler; son œil inquiet et ses gestes de terreur semblent indiquer qu'il est en proie à des hallucinations de l'ouïe et de la vue, d'une nature terrifiante. Si on lui arrache quelques paroles, elles confirment ces craintes. Il parle encore de la ruine de la France et de l'Angleterre dont il sera rendu responsable. Un de ses neveux, docteur en médecine, vient le voir. C..... lui parle de son état, d'une manière désespérée; il lui dit qu'il est continuellement en société avec le diable dont il lui décrit le portrait. C..... continue à bien manger et néanmoins maigrit rapidement.

Les jours suivants, le marasme fait de rapides progrès.

« 15 *mai*. — Faciès plus altéré que jamais, faiblesse et amaigrissement considérables, respiration courte et gênée, pouls faible mais accéléré, peau chaude et sèche; pas d'expectoration; matité légère, mais à peu près générale, surtout à droite; absence de bruits respiratoires anormaux, sauf quelques râles secs et ronflants des grosses bronches. Le malade ne donne aucun renseignement sur son état, ne parle pas, ne se plaint de rien. Large vésicatoire sur le côté droit du thorax, sinapismes aux jambes. Le soir, prostration de plus en plus considérable, la respiration est plus courte, le pouls très-faible, à 130; la suffocation est imminente. — Mort à une heure du matin, le 16 mai 1865.

La durée totale de la maladie a été de vingt-deux mois.

« Les principales particularités constatées à l'autopsie furent : du côté de la cavité cérébrale, l'état de vacuité des vaisseaux de la pie-mère,

l'apparence anémique de tout le cerveau, la résistance avec infiltrations plastiques des méninges et leurs adhérences caractéristiques avec la substance grise, disséminées sur toute la surface convexe des deux hémisphères, mais étendues surtout au pourtour de la scissure de Sylvius.

» Du côté de la cavité thoracique, engouement pulmonaire et plus particulièrement infiltration graisseuse avec ramollissement des parois des cavités du cœur. Pas d'altération des vaisseaux. »

Il arrive assez souvent, comme dans les deux observations qui précèdent, que les malades ont eu, avant l'invasion de la démence paralytique, un accès de folie dont ils ont été regardés comme guéris. Bayle se demande si ces accès n'étaient pas déjà le début de la méningite chronique. Depuis qu'on observe tant de cas de ce qu'on appelle des rémissions, l'opinion de Bayle pourrait être facilement soutenue, surtout lorsque pendant l'accès guéri on a constaté quelques symptômes spéciaux de nature à éveiller des craintes sur l'invasion plus ou moins prochaine de la démence paralytique.

Néanmoins, la plupart de ces faits seront toujours très-difficiles à classer, et ils peuvent être envisagés de la manière la plus différente. Comment affirmer, par exemple, que le malade de Parchappe qui était sorti guéri d'un accès de manie, et qui est devenu paralytique une année plus tard, était déjà atteint de périencéphalite pendant le premier accès. De même, pour l'observation si intéressante de M. Foville, quelle raison invoquer pour prouver qu'à sa sortie de l'asile le malade était déjà atteint de paralysie générale, et qu'il n'y avait chez lui qu'une rémission ?

Observation XIV.

Manie avec prédominance du délire ambitieux constituant la période d'excitation d'une folie à double forme. Hésitation légère de la parole. Inégalité des pupilles.

M. Jacob, d'un caractère vif et enjoué, se trouvait au milieu des circonstances les plus heureuses de famille et de fortune, lorsqu'il a été pris tout à coup, dans le mois de juillet 1852, de symptômes de mélancolie. « Il s'opéra alors, chez lui, une véritable révolution ; il devint triste, rêveur, son appétit diminua, etc. »

Bientôt, découragement, dégoût des affaires, inactivité, et, enfin, menaces de suicide.

Le 3 novembre, M. Jacob revient chez lui après un voyage de deux mois ; tout le monde est frappé de sa pâleur et de son amaigrissement. L'état de prostration se prolongea jusque dans le courant du mois de

juin 1853. Alors, transformation des symptômes de mélancolie en ceux d'une excitation modérée, mais qui, bientôt, devait franchir ces limites et revêtir le caractère maniaque. M. Jacob devient aussi gai, aussi actif, qu'il avait été triste et engourdi ; il voit tout en beau, plaisante lui-même de son ancienne tristesse et de ses chagrins passés ; il parle avec volubilité et commence à entretenir sa famille de projets dont plusieurs paraissent bizarres.

Il veut, entre autres choses, bouleverser complétement ses magasins et met son dessein à exécution, malgré l'opposition de son frère.

Le 10 novembre, il achète sans nécessité une masse de boiseries, de casiers, de comptoirs, il fait présent de sa chaîne de montre à son contremaître et lui promet d'augmenter ses appointements. L'activité est devenue extrême et la maladie qui pouvait jusque-là être méconnue devient dès ce moment évidente. Le 13 novembre, la figure est vultueuse, les yeux animés, paroles incohérentes et dépourvues de sens.

Dès ce moment, scènes de violence et querelles pour des motifs futiles. Le malade met tout le monde dans la confidence de ses affaires ; il rêve des bénéfices chimériques, etc.

Il refuse d'ailleurs de suivre aucun traitement et, loin de là, aggrave son état, dont il n'a pas la moindre conscience, par des excès de liqueurs. Les prodigalités se succèdent et les achats, depuis cette époque, dénotent tous, à un degré plus ou moins grand, l'existence d'un état de délire qui ne peut être révoqué en doute, quand on compare M. Jacob à lui-même dans les années qui ont précédé la maladie.

Dans la soirée du 5 ou du 6 décembre, il se promène dans Paris portant sur lui des valeurs assez fortes, et, entre autres, 35 000 francs en billets de banque. Chez un sieur N....., il jette son portefeuille sur une table en déclarant qu'il contient 100 000 francs. C'est dans ces circonstances qu'il signe et fait signer à sa femme un acte qui engage tout son avenir.

Le 8 décembre, dans la soirée, inquiète de ne pas voir rentrer son mari et après l'avoir cherché vainement dans plusieurs endroits, madame Jacob le retrouve à minuit, chez un marchand de vin, entouré de plusieurs individus et au moment où il allait signer un acte d'acquisition pour le fonds d'un autre marchand de vin qui habitait sa maison. Elle se précipite sur l'acte et le déchire. Bientôt une scène de violence survient entre M. Jacob et sa femme. Il la frappe et la foule aux pieds. Déjà le 5, il avait fait deux acquisitions, l'une d'un fonds de tannerie et de corroierie, l'autre d'une fabrique de ressorts de voiture. La première de ces deux acquisitions a été rompue.

Le 10 décembre, M. Jacob achète la maison qu'il habite, pour une somme de 305 000 francs. C'est ce jour-là même, à quelques heures

de Paris, que le désordre de ses vêtements, son agitation, le font arrêter et renfermer dans la prison de C....., le lendemain il est conduit chez M. Brierre de Boismont.

Tels sont les antécédents du malade ; voici, maintenant, le résultat de son examen :

M. Jacob n'offre plus, à proprement parler, d'incohérence dans les idées ; mais il n'a aucune conscience des excès auxquels sa maladie l'a entraîné. Il essaye de tout justifier, de tout expliquer. Il parle avec une extrême animation et sa parole offre par moments un peu d'hésitation, ce qui pourrait faire craindre un commencement de paralysie générale. Il y a aussi un peu d'inégalité dans les pupilles. Le regard est animé et la face congestionnée. M. Jacob continue à voir les choses en beau, tout lui paraît facile ; il n'aperçoit évidemment que le côté séduisant de ses projets et aucune objection, de celles même que suggère la plus simple prudence, ne semble se présenter à son esprit. Rien ne l'arrête dans la pente où l'entraîne l'excitation cérébrale à laquelle il est en proie depuis plusieurs mois.

Dans le rapport que M. Parchappe et moi avons été appelés à rédiger sur ce malade la crainte d'un commencement de paralysie générale a dû être exprimée en nous fondant sur la nature du délire, sur l'hésitation légère de la parole et sur l'inégalité des pupilles ; cette crainte ne s'est point réalisée. Quatre ans plus tard j'ai appris par un jeune médecin que M. Jacob n'offrait aucun signe de démence paralytique.

L'attention est désormais fixée sur des faits du même ordre ; on a signalé l'analogie que présente, dans certains cas, la période maniaque de la folie à double forme avec la période maniaque de la paralysie générale. Les observations de ce genre, comme les précédentes, offriront donc souvent de grandes difficultés pour le diagnostic.

On a vu plus haut (article I) comment Bayle et M. Calmeil interprètent, d'une manière tout à fait différente, certains cas dans lesquels les folies ambitieuses, après avoir persisté plusieurs années sans signes de paralysie, se terminent par la démence paralytique.

Or, ces faits sont aussi de ceux dont il est très-difficile d'établir la véritable nature pendant les années qui précèdent l'invasion de la paralysie générale. Aux deux observations déjà citées je me bornerai à en ajouter une troisième.

Observation XV.

Monomanie ambitieuse avec hallucinations de l'ouïe, sans aucun symptôme, ni de démence, ni de paralysie pendant plus de quatre années. Le malade prétend être Louis XVII. Après quatre années, congestion cérébrale et invasion de la démence paralytique.

M. Alphonse, âgé de quarante-quatre ans, était aliéné depuis plusieurs années, lorsqu'il fut conduit dans un asile le 18 octobre 1854, à la suite d'une scène faite dans un café. Le médecin de l'asile, dans le certificat délivré à l'entrée, constate « que ce malade est affecté d'hallucinations multipliées, qu'il se croit fils de Louis XVI et en butte à des intrigues politiques ». Le délire était survenu à la suite de souffrances physiques et morales endurées par M. Alphonse qui, en 1852, avait été arrêté et détenu pendant plusieurs mois. Ce délire avait tous les caractères de la monomanie ; le malade, d'ailleurs, était resté libre et voyageait depuis plusieurs années.

Dans l'asile, il passait ses journées à se promener ; il était tout à fait inoffensif ; il discutait à haute voix avec ses prétendus interlocuteurs, s'emportant contre eux, les menaçant, etc. Il se plaignait des persécutions auxquelles il était en butte, et je lui ai souvent entendu dire qu'on lui faisait payer trop cher la brillante destinée à laquelle il se croyait appelé ; il avait la crainte d'être empoisonné, et par intervalle refusait de manger. Parfois aussi, M. Alphonse s'excitait et criait contre ses persécuteurs. Cependant, même dans ces moments, si on l'abordait, il causait tranquillement quelques instants ; mais dès qu'on le quittait, il recommençait ses cris. Sous l'influence d'une alimentation irrégulière la santé s'altérait. M. Alphonse offrait d'ailleurs des signes bien tranchés d'une affection du cœur.

C'est dans ces conditions qu'il fut frappé d'une congestion cérébrale le 1er mars 1857. Depuis deux ans et demi que durait l'isolement, on n'avait observé aucun signe de paralysie.

La congestion fut en apparence très-légère. Le malade eut une syncope, et, revenu à lui, resta cinq minutes environ sans pouvoir parler. Depuis lors, il conserva de l'embarras dans la prononciation. Chose bien curieuse, M. Alphonse qui, tout en se disant fils de Louis XVI, n'avait jamais exagéré sa fortune (six à huit mille francs de rente) se mit, dès ce moment, à parler de millions et de milliards.

A ces idées de richesse, se mêlèrent des projets d'entreprises, de grandes bâtisses, etc. L'intelligence s'affaiblit. Le malade devint tout à fait incohérent, et succomba une année environ après sa congestion cérébrale,

atteint d'une paralysie générale bien caractérisée ; mais la mort dut surtout être attribuée aux progrès de l'affection organique du cœur.

Pendant les deux premières années de l'isolement, je n'avais jamais soupçonné que cet halluciné dût devenir paralytique. Son délire était des plus restreints et n'avait jamais varié. Il n'y avait donc point ici les caractères qu'on a assignés au délire de la paralysie générale. Ce délire présentait d'ailleurs une particularité remarquable. Ce n'était pas précisément M. Alphonse qui prétendait être Louis XVII, c'étaient *les voix* qui le lui répétaient sans cesse. Bien des fois, fatigué par ses interlocuteurs invisibles, il me disait que sa modeste fortune lui suffisait. « Qu'on me mette, ajoutait-il, en possession du trône, ou qu'on me laisse tranquille. » On a vu que dès le lendemain de sa congestion cérébrale ce malade prétendait avoir des centaines de millions, oubliant que jusque-là il ne s'était jamais attribué plus de 8000 francs de rentes ; c'est un fait qui mérite d'être remarqué au point de vue des rapports du délire ambitieux et de l'état congestif. La monomanie ambitieuse si limitée de M. Alphonse devait-elle, dès l'origine et pendant quatre années, être regardée comme la première période d'une paralysie générale, ou bien faut-il admettre qu'il s'agissait bien ici d'une folie simple terminée par une démence paralytique ?

Ces questions, comme on l'a vu plus haut, seraient très-différemment résolues par les partisans des doctrines d'Esquirol et de Bayle, et ces cas doivent être cités parmi ceux dont la classification est embarrassante.

En résumé, on voit que dans l'état actuel de la science il est des faits d'ordres différents et assez nombreux qu'il est difficile de classer, soit dans les folies simples, soit dans les folies paralytiques. Les observations dont il s'agit sont :

1° Des folies paralytiques terminées par la démence simple.

2° Des paralysies générales suivies de guérison.

3° Des paralysies générales suivies de mort, avant que les symptômes aient été suffisamment caractérisés, cas dans lesquels l'autopsie n'offre que des lésions insuffisantes pour lever les doutes.

4° Des folies alcooliques avec prédominance du délire des grandeurs et quelques signes légers de paralysie, lesquelles tantôt guérissent, tantôt sont suivies de démence paralytique sans qu'on puisse distinguer de prime abord les cas de ce genre qui devraient être considérés comme des folies simples de ceux qu'on devrait regarder comme la première période de la démence paralytique.

5° Des folies à double forme dont la période maniaque offre les symptômes de la première période de la démence paralytique.

6° Enfin, des folies ambitieuses qui persistent une ou plusieurs an-

nées sans aucun signe de paralysie et dont le diagnostic, pendant toute cette première période, était difficile à préciser.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE III.

La congestion cérébrale est la cause prochaine de la paralysie générale.

Cette congestion continue à être la lésion principale pendant les premières phases de la maladie.

On s'est trop peu préoccupé de la durée possible de cette période *congestive*, que l'on considère à tort, en général, comme ne s'étendant pas au delà de quelques semaines. Des faits de plus en plus fréquents tendent, au contraire, à démontrer qu'elle peut se prolonger plusieurs mois, une année, et même plus.

Cette question de la durée de la période congestive est cependant d'une extrême importance, puisque c'est alors seulement que la maladie offre encore des chances de guérison.

On a décrit plusieurs formes très-différentes de la période congestive : une forme maniaque, une forme mélancolique, une forme monomaniaque ; la période de *désorganisation*, au contraire, se présente toujours, à part les complications, avec les mêmes symptômes de démence et de paralysie. Quand on observe ces symptômes dès le début, la période de désorganisation constitue une quatrième forme de paralysie générale, celle qu'on a appelée forme *démente*, forme *débile*, forme *simple*.

La forme démente de la paralysie générale n'est l'objet d'aucune dissidence, mais il en est tout autrement pour les diverses formes de la période congestive. Beaucoup de faits, que certains auteurs regardent comme appartenant à cette période congestive de la paralysie générale, sont classés par d'autres dans les folies simples.

C'est ce que démontrent, entre autres, les six premières observations citées dans ce chapitre.

Trois médecins déclarent que le premier malade est atteint de folie simple, onze autres médecins, au contraire, le regardent comme affecté de paralysie générale.

Dans le second cas, trois médecins admettent la folie simple, deux autres croient à l'existence de la paralysie générale.

Des manies ambitieuses ayant les mêmes caractères sont classées par les uns dans la paralysie générale, et par les autres dans les folies simples (obs. III et IV).

Un malade est atteint de délire ambitieux pendant six ans, sans signe de paralysie, puis il tombe dans la démence paralytique. Pour Bayle, la paralysie générale, dans ce cas, doit être considérée comme une

maladie primitive. Les six années de délire ambitieux sans signes de paralysie ont constitué la première période, et la démence paralytique la dernière (obs. V).

Un autre malade est atteint de folie ambitieuse, sans signes de paralysie, pendant trois années; puis, comme le précédent, il tombe aussi dans la démence paralytique. Pour M. Calmeil, il y a eu successivement, dans ce cas, deux maladies : premièrement, une folie simple qui a duré trois années, secondement une démence paralytique (obs. VI).

A part ces dissidences, on est forcé de reconnaître qu'il existe beaucoup de faits du même ordre difficiles à classer; c'est ce que tendent à démontrer les neuf dernières observations.

On remarque chez un aliéné des signes très-tranchés de paralysie pendant deux années; ces signes disparaissent, mais la démence persiste. Après un an, la mort survient, et l'on ne trouve point les altérations de la paralysie générale (obs. VII).

Dans quelle catégorie placer ce malade? A-t-il eu une folie simple? Mais pendant deux ans il a offert des signes très-tranchés de démence paralytique. Était-il au contraire atteint de cette dernière maladie? Mais les symptômes ont disparu pendant la dernière année, et les lésions ordinaires de la paralysie générale ont manqué à l'autopsie.

Dans une observation de M. Laffitte, on voit persister pendant six mois des symptômes de paralysie générale, puis le malade guérit. S'il y avait eu, dans ce cas, un ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale, ou une périencéphalite chronique diffuse, la guérison serait difficile à comprendre. D'autre part, il est certain que cette observation ne saurait être placée dans les folies simples. Dès lors, dans quelle classe convient-il de la ranger?

Il est des cas assez nombreux où les malades succombent après avoir présenté des symptômes qui, pour les uns, constituent simplement une *menace* de paralysie générale, et, pour les autres, suffisent pour caractériser déjà cette maladie.

Or, que décider, lorsque après la mort on ne rencontre point, comme il arrive assez souvent, les lésions de la paralysie générale? Tel est le cas du malade qui fait le sujet de la neuvième observation, on trouve d'ailleurs dans l'ouvrage de Parchappe des faits de ce genre assez nombreux.

Les folies d'origine alcoolique, quand elles sont accompagnées du délire des grandeurs et de quelques signes légers de paralysie, exposent aux erreurs les plus graves. Il y a des malades qui guérissent, d'autres, au contraire, tombent dans la démence paralytique. Parmi ces faits, il y en aurait donc qu'il faudrait classer, dès le début, dans la paralysie générale, et d'autres qu'il faudrait laisser dans les folies simples. Malheureusement rien de plus difficile alors que d'établir le pronostic. On a vu

que dans deux cas de ce genre en apparence semblables, publiés par Marcé, l'un des malades, contre les prévisions de ce médecin, était devenu paralytique peu de temps après sa guérison et sa sortie de l'asile (obs. X et XI).

Il n'est pas rare d'observer la démence paralytique chez des malades qui ont eu antérieurement, à une époque peu éloignée, un accès de folie dont ils ont guéri. Ces accès rapprochés de l'invasion de la démence paralytique peuvent, jusqu'à un certain point, être considérés par les partisans des paralysies générales primitives, comme marquant le début de cette affection; alors la prétendue guérison ne serait plus que ce que l'on appelle une rémission (obs. XII et XIII).

Mais ce mode d'interprétation n'est pas toujours facile à défendre, et un grand nombre de ces cas sont encore l'objet de dissidences.

Il est désormais reconnu que la période maniaque de la folie à double forme est assez souvent accompagnée du délire des grandeurs. Parfois même, comme dans l'observation XIV, il se joint à ce délire quelques signes légers de paralysie, et alors on est porté à se demander si l'on n'assiste pas au début d'une paralysie générale. C'est ce qui est arrivé pour le malade examiné par M. Parchappe et par moi (obs. XIII), lequel, outre le délire des grandeurs, présentait une légère hésitation de la parole, et avait les pupilles inégales.

Ces faits sont donc encore de ceux qu'il est assez difficile de classer.

Enfin il est des cas où le délire ambitieux se prolonge plusieurs années sans signes de paralysie, et qui cependant finissent par la démence paralytique. Faut-il alors, pendant plusieurs années, suspendre le diagnostic, et rester ainsi sans pouvoir affirmer que le malade est ou n'est pas atteint de paralysie générale (obs. XIV et XV)?

Ce qu'on a appelé les formes maniaque, mélancolique et monomaniaque de la période congestive de la paralysie générale, sont, dans l'état actuel de la science, l'objet de dissidences graves. En outre, beaucoup de faits se rapportant à cette période ne peuvent être que très-difficilement classés. C'est surtout ce que nous avons voulu démontrer dans ce chapitre.

CHAPITRE IV.

DES FOLIES CONGESTIVES.

(Formes maniaques, formes mélancoliques, formes monomaniaques de la paralysie générale; folies simples avec menace de paralysie générale, etc.)

On vient de voir, dans le chapitre précédent, des observations qui ont été diversement interprétées par les auteurs : les uns considérant ces faits comme la première période ou période congestive de la paralysie générale; les autres, au contraire, ne voulant pas les séparer des folies simples, tout en convenant que les malades dont il s'agit sont menacés de paralysie générale.

Dans tous les cas, il s'agit d'accès de manie, de mélancolie ou de monomanie présentant des symptômes spéciaux : délire ambitieux, délire hypochondriaque, hésitation de la parole, inégalité des pupilles, etc. Que ces symptômes suffisent pour caractériser la première période, la période congestive de la paralysie générale, ou qu'ils soient simplement des signes précurseurs indiquant une menace de cette maladie, il est évident qu'il y a, dans tous les faits de ce genre, quelque chose de plus que dans les folies simples, et nous avons essayé de démontrer, en nous appuyant sur les opinions des auteurs, que l'élément surajouté est ici la congestion cérébrale. Les accès de manie, de mélancolie et de monomanie dont il s'agit, constituent donc des *folies congestives*, et c'est la dénomination que j'ai cru devoir proposer, il y a plusieurs années déjà, pour les désigner.

Les folies congestives doivent-elles former une classe à part? Doit-on les séparer également des folies simples et de la paralysie générale?

Cette question sera discutée dans le dernier chapitre; dans celui-ci, je me bornerai à réunir de nouveaux faits pour servir d'éléments à cette discussion.

ARTICLE PREMIER.

FOLIES CONGESTIVES TERMINÉES PAR LA GUÉRISON.

§ 1er. — Folies congestives avec symptômes graves de paralysie générale, terminées par la guérison.

OBSERVATION XVI.

SOMMAIRE. — Délire ambitieux; embarras de la parole. — Démarche chancelante; après sept mois, épuisement. — Marasme. — Abcès du foie. — Guérison. — Durée de la maladie, huit mois.

Cette observation est empruntée à M. Morel (1); il s'agit d'un ouvrier

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 388.

devenu d'abord mélancolique, et chez lequel se déclara bientôt un accès maniaque.

« Lorsque ce malade fut confié à nos soins, dit M. Morel, il était livré à une agitation violente ; son délire des grandeurs augmentait la gravité du pronostic par sa coïncidence avec un embarras très-grand dans la parole, et un affaiblissement des extrémités inférieures qui le faisait chanceler comme un homme ivre. Pendant plus de sept mois, ce malheureux offrit toutes les phases de la paralysie générale, jusqu'à ce qu'enfin nous fûmes obligé de l'aliter à cause de son état d'épuisement et de marasme.

» Un abcès du foie vint compliquer la situation ; plus d'un litre de pus s'écoula dans une première ponction pratiquée dans le foyer. Nous ne pûmes calculer ce que le malade perdit par une suppuration successive qui dura plus de quinze jours, et qui avait son issue par la fistule que nous dûmes entretenir. Nous ne pouvions supposer que la continuation de l'existence fût possible avec des désordres aussi graves. Cependant, vingt jours après avoir été alité, la fièvre était moins ardente chez ce malade ; il prit des forces, il ne délirait plus dans le sens des grandeurs ; il n'était plus Napoléon, ne distribuait plus ni charges ni dignités. Ses conversations avec les siens étaient l'expression de la raison. L'embarras de la parole allait en diminuant pour disparaître tout à fait ; et lorsque cet aliéné sortit, au bout de huit mois de séjour, il put, non-seulement reprendre son état de teinturier à Nancy, mais il transporta son industrie à Paris, où depuis trois ans il l'exerce sur une plus vaste échelle, sans que sa raison ait souffert la moindre atteinte, sans que les phénomènes de la paralysie aient reparu. Tel est cet homme dont nous avions pronostiqué, non-seulement l'incurabilité, mais encore la fin prochaine. »

Ce fait est, assurément, un des exemples les plus remarquables de guérison de ce qu'on appelle la paralysie générale. Non-seulement le malade avait eu tous les signes de cette affection, mais il était peu à peu tombé dans un état de marasme, et paraissait voué à une mort prochaine. C'est dans ces conditions que la guérison eut lieu évidemment sous l'influence d'un vaste abcès dans la région du foie.

Les symptômes les plus graves de la paralysie générale peuvent donc exister sans que les tubes nerveux soient désorganisés, sans que la couche corticale soit ramollie, sans qu'il y ait autre chose enfin qu'une congestion encore susceptible de guérison, sous l'influence d'une dérivation puissante, comme cela a eu lieu par l'abcès du foie.

On remarquera que cette guérison inespérée dans des conditions si fâcheuses, a eu lieu chez un malade extrêmement agité et en proie à un violent délire ambitieux.

Notons encore que l'état maniaque dans ce cas avait été précédé d'un état mélancolique; cette condition se retrouve dans un assez grand nombre d'observations. On verra d'ailleurs que les folies congestives constituent quelquefois de véritables accès de folies à double forme. Ce fait n'est pas sans intérêt, et sera rappelé plus tard quand nous aurons à discuter sur les rapports des folies simples et des folies congestives.

Observation XVII.

Sommaire. — Quarante-deux ans. — Délire ambitieux. — Symptômes graves de paralysie générale. — Plaies nombreuses sur divers points du corps. — Guérison. — Durée de la maladie, une année (1).

M. M..., âgé de quarante-deux ans, est d'une constitution vigoureuse, son intelligence est au-dessus de la moyenne. Un de ses oncles du côté paternel était aliéné, et une tante du côté maternel avait été mélancolique. Au mois d'août 1847, ayant perdu un de ses enfants et supporté quelques difficultés d'argent, M.... commença à devenir triste, et eut, au commencement de l'année 1848, plusieurs attaques épileptiformes dans un même jour. On dit même qu'avant cet accident, sa parole était embarrassée, et qu'il lui était impossible d'écrire tant était grande la faiblesse des bras; cet état s'aggrava, et vers le milieu de l'année 1848, le malade fut admis dans l'asile de Bloomingdale.

A son entrée, agitation très-vive, loquacité incohérente, activité incessante, délire ambitieux; il parle surtout d'affaires d'argent. Il a besoin d'aller à la Bourse pour y acheter 35 000 dollars d'actions de chemins de fer. — « Il parlait rapidement, mais sautait fréquemment une syllabe, et hésitait quelquefois, incapable de prononcer certains mots. »

6 *août*. — La pupille gauche est plus large que la droite, et il y a évidemment faiblesse paralytique de tous les membres; bientôt *il ne peut plus marcher sans aide.*

Le délire des richesses va en augmentant: dans une seule ville, il possède 150 moulins, contenant chacun cinq séries de meules, et donnant 25 000 sacs de farine par semaine, ce qui lui rapporte un million de dollars; il a une mine d'or en Afrique. —Demain il va partir pour un long voyage en Europe; il s'arrêtera en France, en Angleterre, à Constantinople (Con-con-stan-no-nople), etc. La sensibilité est obtuse, le goût imparfait.

21 *août*. — Paralysie des sphincters; l'embarras de la parole est plus sensible à certains jours qu'à d'autres; la mémoire est presque nulle, le

(1) Résumé d'une observation communiquée par M. Foville fils (*Ann. méd.-psych.*, 1858, p. 378).

malade a un grand nombre de plaies sur le corps. Les idées de grandeur persistent.

20 *septembre*. — M. M.... a cessé d'être gâteux, son délire persiste, l'écriture est meilleure.

3 *novembre* 1848.— Il quitte l'asile de Bloomingdale pour entrer dans la maison particulière du docteur Macdonald, à Fleeshing. Au bout de quelque temps, sa position commença à s'améliorer, et il sortit guéri. On attribua cette guérison aux seuls efforts de la nature.

M. M... vivait encore en 1857, jouissant d'une excellente santé physique et intellectuelle, et s'occupant d'affaires importantes avec succès.

Ce malade, comme le précédent, a offert des symptômes graves de paralysie générale.

Comme lui aussi, il était en proie à un violent délire des grandeurs, et à une agitation très-vive. Le mieux a commencé dans le mois de septembre, et en août on avait noté un grand nombre de plaies sur le corps.

Cette circonstance mérite d'être remarquée, bien que la guérison ne paraisse avoir été complète que vers la fin de l'année. Le fait le plus important ici, c'est l'absence de rechute; neuf ans après, le malade jouissait d'une santé excellente, et s'occupait d'affaires importantes avec succès.

M. M..... avait une tante et un oncle aliénés, et bien que l'hérédité paraisse moins fréquente dans les folies congestives que dans les folies simples, elle a lieu cependant dans un assez grand nombre de cas, et mérite d'être mentionnée.

La guérison est ici d'autant plus remarquable, que la maladie avait débuté par des attaques épileptiformes, et que la congestion cérébrale, après ces attaques, ne paraissait pas s'être dissipée complétement, le malade ayant conservé de l'embarras de la parole.

Notons ici, comme dans les cas précédents, que l'agitation maniaque avec délire ambitieux avait été précédée aussi d'une période mélancolique.

Observation XVIII.

Sommaire. — Trente ans. — Délire ambitieux. — Embarras très-marqué de la parole. — Démarche incertaine. — Au bout de trois mois, rémission. — Six semaines après, récidive. — Rémission nouvelle plus longue. — Nouveaux accidents plus graves. — Disparition complète et rapide des symptômes. — Sortie de l'asile (1).

X...., âgé de trente à trente-deux ans, ouvrier tailleur, était un

(1) Observation communiquée par M. Delasiauve.

des coupeurs les plus habiles et recherché par les premières maisons de Paris. S'étant établi en province, il se vit bientôt, grâce à son talent, en possession d'une riche clientèle. Tout à coup, au bout de trois ans, on s'aperçut de fâcheux changements.

X..... abandonne sa maison, passe sa vie dans les cafés, provoque des scènes dans son ménage. Tous les vêtements qu'il fait faire ne sont jamais bien à son gré; il les coupe ou les déchire. Bien plus, concevant de vastes espérances, il revient à Paris, rentre dans une des premières maisons où il a déjà travaillé. Mais son séjour y est bientôt intolérable, non-seulement par la besogne qu'il gâte, mais par la domination qu'il affiche. Il est conduit à Bicêtre dans un état de délire ambitieux des plus accusés. Démarche incertaine, prononciation embarrassée, loquacité, turbulence, talents supérieurs, plans gigantesques, richesses incalculables, dédain de sa famille, etc.

Pronostic fâcheux; au bout de trois mois, rémission soudaine et inespérée; on hésite sur la sortie, six semaines ne se passaient pas sans une récidive; état grave qui dure quelques mois pour faire place à une rémission nouvelle plus longue que la précédente.

Nouveaux accidents si fâcheux, que le malade garde le lit, en proie à une prostration profonde. — Millions et milliards, titres de toute nature, parole presque impossible, le malade est gâteux. Tout espoir semblait perdu. Néanmoins, X... se releva si bien, et d'une manière si rapide, que huit mois durant, il ne resta, en apparence, aucun vestige de la maladie. Sa famille le retira.

Il y a dans cette observation un point qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est la succession des trois accès qui ont eu lieu, accès qui semblent avoir été de plus en plus graves.

Au bout de trois mois, comme on l'a vu, le malade semble guéri d'une manière soudaine et inespérée; on hésite à le rendre à la liberté.

Au bout de six semaines, nouvel accès plus grave, et après quelques mois, nouvelle guérison apparente qui se prolonge plus longtemps que la première.

Le troisième accès offre des caractères plus inquiétants encore : délire ambitieux exubérant, prostration profonde; le malade garde le lit, est gâteux, et sa parole est presque impossible. « Tout espoir, dit M. Delasiauve, semble perdu; cependant de nouveau tous les accidents disparaissent rapidement, il n'en reste *aucun vestige.* »

Huit mois s'écoulent à l'hôpital sans trace de récidive, X... est rendu à la liberté.

M. Delasiauve se demande si cette guérison a été solide. Tout le monde assurément se fera la même question; mais, alors même que le

malade serait retombé, ce qui est possible, probable même, ce fait n'en resterait pas moins des plus curieux. N'est-il pas étrange en effet, comme je l'ai fait remarquer déjà, de voir ce qu'on appelle la paralysie générale, cette maladie incurable dont on explique les symptômes par un ramollissement de la couche corticale, affecter cette espèce de forme intermittente?

Combien cette disparition rapide des accidents les plus graves s'explique mieux par une congestion du cerveau, congestion qui peut se prolonger plusieurs mois et quelquefois même, comme on l'a vu, une année entière sans amener des désordres incurables.

On n'a pas même ici la ressource de dire que ces cas sont la première période de la maladie, car cet aliéné, comme plusieurs de ceux dont les observations ont été rapportées plus haut, avait présenté des symptômes si graves, que son état paraissait désespéré.

Observation XIX.

Sommaire. — Quarante ans. — Délire ambitieux et embarras de la parole. — Paralysie générale confirmée. — Écoulement purulent par les oreilles. — Guérison. — Durée de la maladie, un an (1).

P....., né en 1814, célibataire, domestique, a toujours eu une conduite exemplaire sous tous les rapports. Ce garçon entre, en 1854, à l'asile de Sainte-Gemmes pour une affection caractérisée par une certaine agitation, des idées de grandeur et un embarras de la parole, qui fait diagnostiquer une paralysie générale progressive.

En juin 1855, la paralysie est confirmée, mais les idées de grandeur ont disparu : P..... est calme et travaille.

L'embarras de la parole est considérable et la sensibilité morale très-exaltée.

Décembre 1855. — Il survient des symptômes de méningo-encéphalite suraiguë. Malgré le délire le plus intense et le plus véhément, il y a cependant par instants retour au libre arbitre et à la conscience de son état.

Les hallucinations de la vue et de l'ouïe, ainsi que l'hyperesthésie cutanée, augmentent la nuit.

La fièvre est intense. Le cinquième jour de cet état, saignée aux deux artères temporales, un vésicatoire à chaque mollet. Le malade devient plus calme.

Le lendemain, écoulement de pus par les deux oreilles, la fièvre est tombée, le délire est peu intense, les vésicatoires donnent un séro-pus

(1) Combes, thèse sur la *marche de la folie*, 1858.

abondant ; les jours suivants, l'écoulement des oreilles continue quelque temps.

Janvier 1856. — L'amendement progresse. Le malade est calme pendant le jour, mais tous les soirs il a des hallucinations et un peu de délire suraigu.

Février. — Rémission permanente, plus de délire du tout.

Mars. — La rémission continue, l'embarras de la parole diminue.

Avril. — La rémission est aussi *complète* que possible.

Mai. — Sortie en bon état apparent.

On remarquera ici que la maladie a duré plus d'une année et qu'il y a eu des symptômes paralytiques graves, puisque, comme le dit M. Combes, l'embarras de la parole a été considérable.

L'écoulement purulent qui s'est produit par les deux oreilles et qui a précédé la guérison, est le point véritablement important de cette observation.

Observation XX.

Sommaire. — Quarante-quatre ans. — Délire des grandeurs. — Symptômes graves de paralysie générale. — Guérison après huit ou neuf mois.

M. L..., âgé de quarante-quatre ans, avait un de ses frères dans un état voisin de l'idiotie, et avait fait beaucoup d'excès de toute sorte. En 1815, il fut atteint d'un accès de manie qui se dissipa complétement au bout d'un temps assez court; en mai ou juin 1818, il eut une attaque de paralysie, devint mélancolique, et bientôt après fut pris d'une manie avec délire ambitieux.

« Il avait 500 000 francs de rente, il était ministre, maréchal de France, il parlait beaucoup et avec une grande exaltation, mais sa prononciation était souvent très-difficile et il bégayait ; sa démarche était mal assurée. »

Il resta ainsi sept mois dans un état violent de manie, et Bayle, qui cite cette observation, ajoute que, « non-seulement le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué, mais qu'en outre la démarche était chancelante et la langue très-embarrassée ; enfin le malade urinait souvent sous lui sans en avoir conscience ».

Malgré ces symptômes si graves, la guérison eut lieu, et Bayle fait observer que cette guérison est plus remarquable que celles qu'il a déjà rapportées, parce que le rétablissement de la raison a été complet et durable.

La terminaison heureuse mérite ici d'autant plus d'être signalée, que la

maladie avait été précédée d'une attaque de paralysie dont les symptômes persistaient encore lorsque était survenu l'accès de mélancolie et d'hypochondrie.

Ces cas, en effet, sont beaucoup plus graves que ceux dans lesquels l'accès de manie ou de mélancolie débute d'emblée, sans qu'il y ait eu auparavant d'attaque de congestion avec ou sans persistance de phénomènes paralytiques.

On voit encore ici l'accès de manie ambitieuse succédant à un accès de mélancolie et d'hypochondrie, condition déjà signalée dans d'autres observations.

Bayle indique que trois ans auparavant, M. L... avait eu un accès de manie assez court dont il avait bien guéri. Il est à regretter qu'on n'ait pas de renseignements précis sur cet accès, et qu'on ne sache pas s'il y a eu ou non du délire des grandeurs. Comme je l'ai dit dans le chapitre III, ces accès antérieurs sont d'autant plus difficiles à classer, qu'ils se sont produits depuis un temps plus court. Pour les partisans des paralysies générales primitives, en effet, ces accès antérieurs ne seraient, dans la plupart des cas, que le véritable début de la maladie, et la prétendue guérison devrait être regardée comme une simple rémission.

Observation XXI.

Sommaire. — Délire ambitieux. — Symptômes très-graves de paralysie générale. — Eschares. — Guérison. — Durée de la maladie, un an.

Cette observation a été recueillie par M. Ferrus ; il s'agit d'un malade dont la guérison s'est maintenue pendant vingt-cinq ans. Ce fait est rapporté dans la thèse de M. Lasègue.

« Le malade, ancien professeur de belles-lettres, avait, après de courts prodromes, été pris d'un accès de délire ambitieux, accompagné de symptômes caractéristiques; d'autres accès avaient suivi, pendant trois mois, se répétant à diverses reprises et laissant dans l'intervalle le plus calme des idées de grandeur et les troubles nerveux les plus significatifs. Placé dans un asile privé, marchant avec peine, paresseux dans ses mouvements et avide de nourriture, il avait vu sa santé générale se détériorer graduellement ; les gencives étaient devenues scorbutiques, des pétéchies avaient apparu, des eschares avaient creusé la peau au-dessous des saillies osseuses, et il n'était plus permis d'espérer d'autre terme à ses maux qu'une fin prochaine. Peu à peu, et dans un espace de temps assez court, les symptômes s'améliorèrent ; la constitution se raffermit, les mouvements reprirent de la régularité, et après un an environ de maladie, la guérison était complète. Elle s'est maintenue jusqu'à la mort survenue vingt-cinq ans après l'invasion de la paralysie, à

la suite d'une affection thoracique. Il n'est resté aucun phénomène pathologique, si ce n'est une gêne singulière de la parole; il ne bégayait pas, mais fréquemment il s'arrêtait avant de prononcer un mot et surtout de commencer une phrase, puis après cette brusque apparition, il reprenait librement son discours. »

Cette observation de M. Ferrus a été souvent citée comme la plus remarquable exception connue à l'incurabilité de la paralysie générale. Il n'en est plus de même aujourd'hui, comme le prouvent les faits qui précèdent. Le point véritablement intéressant ici, c'est la lésion de la parole, qui est restée après la guérison de la maladie et qui a persisté pendant plus de vingt-cinq ans et probablement jusqu'à la mort.

« Ce professeur, dit M. Ferrus, ne bégayait pas, mais fréquemment il s'arrêtait avant de commencer un mot et surtout de commencer une phrase, puis après cette brusque suspension, il reprenait librement son discours. »

C'est là le caractère de l'hésitation de la parole, phénomène spasmodique qu'éprouvent parfois passagèrement, dans des circonstances diverses, des sujets qui n'ont jamais été atteints de paralysie générale. Cette hésitation de la parole est bien différente de la lenteur de prononciation avec séparation des syllabes, qui est le caractère de l'embarras de la parole, un des symptômes essentiels de la démence paralytique.

Dans quelques cas très-rares, on a vu des malades guéris d'un accès de manie congestive conserver un peu de gêne dans la prononciation, ce symptôme étant resté isolé pendant plusieurs années et aucune rechute n'ayant eu lieu. Je connais deux cas de ce genre, et l'on comprend qu'ils peuvent être diversement interprétés. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces malades avaient été aliénés et qu'ils étaient revenus complétement à la raison au point de reprendre toutes leurs occupations.

Quant à la lésion légère et tout à fait isolée de la parole, si elle persiste comme chez le malade de Ferrus, sans être suivie d'aucun autre phénomène, il est difficile de dire que ces malades continuent à être atteints de paralysie générale.

Observation XXII.

Sommaire. — Quarante-sept ans. — Manie. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Paralysie générale confirmée. — Entorse suivie d'accidents qui nécessitent l'amputation de la cuisse. — Insensibilité du malade pendant l'opération. — Suppuration très-abondante. — Guérison. — Durée de la maladie, six mois (1).

Louis Buffé, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament bilioso-

(1) Fabre, thèse.

sanguin, d'une taille moyenne, ayant le système musculaire développé et le crâne bien conformé, fut conduit à l'hospice de Bicêtre le 3 mai 1830. Sa femme, qui nous a fourni des renseignements sur son compte, nous a assuré qu'après avoir offert depuis plusieurs années une bizarrerie croissante, il avait fini par montrer de l'incohérence dans les idées et ne plus parler que de fortune et de grandeur. Il possédait, disait-il, 50 000 francs de rente, quelquefois des millions, tandis qu'il avait à peine de quoi vivre.

Lorsque nous pûmes observer cet infortuné, nous constatâmes une diminution très-marquée de l'intelligence, de l'incohérence dans les idées, de l'embarras de la parole, quelques légers tremblements des membres et une faiblesse musculaire bien marquée ; ses discours étaient le plus souvent décousus et sa mémoire en défaut. Il ne paraissait occupé que d'idées de richesse et d'ambition.

Cet infortuné, en cherchant à s'évader, fit une chute de trente pieds de hauteur (10 mai).

On le transporta à l'infirmerie, où je constatai l'existence d'une fracture des os propres du nez, avec saillie des fragments à droite. Le blessé portait en même temps une plaie contuse à la partie interne du sourcil gauche.

L'articulation du cou-de-pied gauche était tuméfiée et présentait les traces d'une forte contusion. Pour ne pas donner jour par jour les détails que j'ai recueillis, parce qu'ils occuperaient plus d'espace que je ne puis leur en consacrer, je me bornerai aux principaux.

La plaie du sourcil se cicatrisa promptement et la fracture des os propres du nez se consolida sans accidents. Les résultats ne furent pas si heureux pour la jambe et le cou-de-pied gauches. Malgré l'usage de tous les moyens appropriés en pareil cas, la tuméfaction devint énorme et dépassa le niveau de la rotule.

Il tomba une large eschare, il se forma de vastes collections purulentes dans l'épaisseur de la jambe, et bientôt il en sortit des flots de pus. On sentit à nu le tibia et le péroné et l'on reconnut que les surfaces osseuses de l'articulation du cou-de-pied étaient cassées.

Les forces du malade étaient anéanties par une suppuration très-abondante et un dévoiement continuel; cependant la suppuration se tarissait; une teinte jaune-paille de la peau, la toux et une accélération dans les mouvements respiratoires, donnaient déjà les signes d'une résorption purulente. M. Murat, bien qu'il ne vît guère que des chances d'insuccès, se détermina cependant à pratiquer l'amputation du membre, sur les instances de M. Ferrus.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que pendant tout le temps qui précéda l'opération, Buffé ne témoigna aucune douleur et que nous nous assurâmes à plusieurs reprises, en le piquant avec une épingle, que

non-seulement la peau, mais encore les parties plus profondément situées avaient perdu leur sensibilité. Les accidents qui avaient accompagné la chute, loin d'apporter quelque amendement dans les symptômes cérébraux, paraissaient les augmenter en intensité.

Lorsque M. Murat pratiqua l'amputation (26 juin), il trouva la jambe désorganisée si haut, qu'il fut obligé d'opérer la section à la partie moyenne de la cuisse. Une circonstance qui étonna tous ceux qui assistaient à l'opération, c'est que cet infortuné ne se douta même pas qu'on la lui pratiquait et ne donna aucun signe de douleur.

Pendant le premier mois suivant, il n'y eut rien de remarquable, si ce n'est l'amélioration de son état général et la diminution progressive de la plaie résultant de l'opération.

Dès les premiers jours du mois d'août, Buffé remarqua, à sa grande surprise, qu'il n'avait plus qu'une jambe. Depuis ce moment, les symptômes de l'aliénation mentale disparurent sensiblement. Il cessa de parler de fortune et de grandeurs, sa parole redevint libre, la faiblesse musculaire disparut, et la sensibilité générale recouvra ses droits. Il sortit de l'hospice de Bicêtre le 6 octobre 1830, parfaitement guéri de tous ses maux.

Nous allons citer l'observation d'un autre malade qui, comme celui-ci, à la suite d'une chute dut subir l'amputation du membre inférieur et qui comme lui guérit, seulement les phénomènes paralytiques avaient été moins graves; ici, en effet, nous notons non-seulement l'embarras de la parole et des signes de démence, mais une faiblesse musculaire bien marquée.

Dans plusieurs des observations précédentes, on a vu des suppurations abondantes survenues spontanément ou à la suite d'eschares amener la guérison; ici, de vastes collections purulentes s'étaient formées à la jambe à la suite de la chute.

§ 2. — Folies congestives avec symptômes légers de paralysie générale, terminées par la guérison.

Observation XXIII.

Sommaire. — Cinquante et un ans. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Rémission incomplète. — Rechute. — Signes de démence. — Fracture de la jambe, suivie d'amputation. — Insensibilité pendant l'opération. — Guérison.

M. X....., âgé d'environ cinquante et un ans, fut conduit dans un hospice d'aliénés au mois d'avril 1853; il était en proie à une extrême agitation et à un délire ambitieux des plus prononcés.

Ce délire avait marqué le début de la maladie, qui remontait déjà à

trois mois. Il s'était manifesté par une générosité excessive, des idées de spéculations, des achats nombreux, le désir de donner des dîners, des soirées, etc.

Dans les jours qui suivirent son entrée à l'asile, M. X..... demandait sans cesse à sortir de l'établissement pour aller habiter le château des Tuileries et prétendait gouverner l'État, rêvant en même temps les entreprises commerciales les plus gigantesques.

Il parlait continuellement, presque sans suite, et se livrait aux actes les plus désordonnés. A ces symptômes d'une manie aiguë avec prédominance d'idées de grandeur se joignait, ainsi que le constatent les certificats du médecin en chef, de l'embarras de la prononciation. Je crois utile de citer ici ces certificats délivrés par un de nos médecins aliénistes les plus distingués :

Certificat de vingt-quatre heures.

« M. X..... est atteint d'aliénation mentale avec embarras de la prononciation.

» 9 avril 1853. »

Certificat de quinzaine.

« M. X..... est atteint de manie aiguë avec prédominance du délire ambitieux. »

Autre certificat délivré aussi quinze jours après l'entrée.

« Je soussigné, médecin en chef de l'asile de ...., certifie que M. X..... est atteint de manie aiguë avec prédominance d'un certain nombre d'idées ambitieuses; qu'il demande sans cesse à sortir de l'établissement pour aller occuper *un appartement au château des Tuileries, affectant tantôt la prétention de gouverner l'État, tantôt la prétention de fonder des entreprises gigantesques;* qu'il se livre en outre aux actions les plus extravagantes et les plus désordonnées, dans le but d'aller mettre ses projets déraisonnables à exécution; qu'il est à craindre que ce délire, qui *se complique parfois d'un léger embarras de la prononciation*, ne résiste à l'application des moyens de traitement; qu'on peut pourvoir par les voies légales à l'administration des intérêts de M. X....

» 24 avril 1853. »

On voit que les deux ordres de symptômes qui servent de base au diagnostic de la paralysie générale au premier degré, le délire ambitieux et l'embarras de la prononciation, se trouvaient ici réunis. Après six semaines environ, on vit l'agitation se calmer, le malade parut aussi vouloir se rattacher à des idées plus saines et reprendre les habitudes et

la tenue d'un homme bien portant; mais cette rémittence fut de courte durée et le délire reparut avec des caractères différents, mais non moins inquiétants.

M. X..... s'occupe à ramasser des petits morceaux de papier, des chiffons, des feuilles pourries et il en remplit ses poches. Il apprécie mal la durée du temps et oublie le nom de ceux de ses parents qui viennent le voir. Ayant dû subir l'amputation d'une jambe à la suite d'une chute grave, il ne manifesta aucune douleur pendant l'opération, et bientôt il fit tous ses efforts pour arracher les pièces du pansement. Dans le mois d'août, c'est-à-dire après quatre mois d'isolement, l'état mental s'était de nouveau amélioré; cependant le délire était encore tel, que M. X..... voulait marier sa fille à un idiot séquestré dans l'asile, croyant avoir trouvé dans ce pauvre infirme un homme très-supérieur.

C'est pendant le cours des mois de septembre et d'octobre qu'un changement véritablement favorable s'est opéré dans l'état de M. X....., sa tenue est devenue meilleure, ses idées plus suivies, et bientôt il a repris peu à peu toutes les apparences d'un homme raisonnable.

Au milieu de novembre, MM. Ferrus, Tardieu et moi, fûmes appelés pour constater l'état mental de M. X......

La tenue du malade était bonne, sa physionomie naturelle. Il n'y avait point d'embarras appréciable dans la parole, ni aucun signe de paralysie, si ce n'est l'*inégalité des pupilles*. Les réponses étaient justes, mais brèves; nous ne pûmes constater aucun signe de délire, cependant il nous fut impossible de regarder M. X..... comme complétement guéri, et nous nous fondions sur ce seul fait qu'il n'avait point conscience des accidents si graves qu'il venait de traverser.

Cette prétention de gouverner l'État, d'habiter le château des Tuileries, ces rêves d'entreprises gigantesques, cette activité désordonnée qui pendant plusieurs mois l'avaient entraîné aux actes les plus extravagants, tout cela s'était en partie effacé de sa mémoire.

M. X..... n'admettait pas qu'on eût dû le renfermer dans un asile. Il savait bien qu'il avait avant son entrée manifesté le désir d'acheter quelques terrains pour y faire des constructions, mais ce n'était là qu'un projet, et ce projet il ne l'avait pas même réalisé; il n'y avait donc là, d'après lui, aucun motif suffisant pour le faire séquestrer. Voilà donc à quoi se réduisait, pour M. X..... cette maladie grave, caractérisée par un délire si tranché et marquée par tant d'extravagances.

C'était là un signe fâcheux, car tant qu'un aliéné n'a pas conscience de son état, il ne peut être à juste titre réputé guéri; cela surtout doit être pris en considération, lorsque le malade a offert, comme M. X....., des signes de paralysie générale. Néanmoins, MM. Ferrus, Tardieu et moi crûmes devoir conclure à ce que M. X..... fût remis en liberté.

Cinq années après la sortie de M. X...., j'écrivis dans son pays pour savoir s'il y avait eu une rechute, et je ne puis mieux faire que de citer textuellement un passage de la réponse qui a été faite : « La poursuite en interdiction commencée pour M. X..... a été abandonnée, celui-ci étant revenu à la santé. Depuis cinq ans, il n'a éprouvé aucun symptôme d'aliénation. Je crois M. X..... entièrement et parfaitement rétabli. Il jouit de toutes ses facultés physiques et intellectuelles. »

Sans doute l'auteur de cette lettre n'est pas un médecin, mais si des symptômes légers échappent tous les jours, on m'accordera que cette lettre est néanmoins assez précise pour qu'on regarde comme démontré que M. X..... n'est pas retombé maniaque ambitieux ni devenu dément paralytique.

Les principaux caractères de la manie congestive se trouvent ici réunis et attestés par les certificats du médecin qui a donné des soins au malade.

Le délire des grandeurs existait au plus haut degré, il y avait de l'embarras de la parole, une agitation très-vive, de l'insensibilité à la peau, l'inégalité des pupilles, etc.

Remarquons qu'après une rémission incomplète l'état du malade avait revêtu des caractères plus graves (M. X..... s'occupait à ramasser de petits morceaux de papier, des chiffons, des feuilles pourries et en remplissait ses poches).

Il semblait qu'il tombait dans la démence; cependant ce malade a guéri et la guérison s'est parfaitement maintenue.

La suppuration qui a suivi l'amputation a-t-elle ici joué un rôle actif dans la guérison, c'est ce que je ne saurais affirmer, faute de détails plus précis, n'ayant vu ce malade que comme médecin expert à propos de son interdiction.

Observation XXIV.

Sommaire. — Quarante-cinq ans.— Manie, délire ambitieux; embarras de parole. — Guérison après quinze mois (1).

Vers 1846, le nommé B....., âgé de quarante-cinq ans environ, entra dans la deuxième section des aliénés, à Bicêtre. Il était fort agité et présentait des signes qui le firent considérer comme atteint de paralysie générale. La parole était notablement embarrassée et les idées ambitieuses très-prononcées, il possédait des millions et les titres les plus divers. Chef d'un établissement de banque, B....., après avoir gravement

(1) Observation communiquée par M. Delasiauve.

compromis sa fortune, détermina sa femme, à force d'obsessions et de scènes, à prendre quelques engagements.

Malgré cela, la ruine ne fut point conjurée, B....., dénué de ressources, vint se réfugier à Paris, et la folie, en incubation depuis longtemps peut-être, prit tout à coup un caractère déterminé. Placé dans le quartier des agités, B....., présenta pendant sept à huit mois les symptômes signalés plus haut. On augurait mal du résultat ; cependant peu à peu on vit diminuer les troubles physiques et moraux.

Le malade devint tranquille, et put travailler dans les bureaux ; son teint était frais, sa parole facile, son discernement parfait. La convalescence s'affermit de plus en plus, et après quinze ou dix-huit mois de séjour, B..... obtint sa sortie.

Entré comme enregistreur de ventes dans un grand magasin de confection, nous eûmes souvent occasion de le voir pendant près de sept ou huit années. Il était toujours calme, résigné, actif, et se plaignait seulement d'un mal profond occupant constamment tout le derrière de la tête.

Notons ici le délire ambitieux et l'embarras de parole qui avaient fait regarder M. B..... comme atteint de paralysie générale. Les symptômes persistent sept à huit mois, puis peu à peu la guérison a lieu et le malade reste à travailler dans les bureaux ; son discernement, dit M. Delasiauve, était parfait et sa parole facile.

Cette guérison, comme on l'a vu, s'est maintenue.

Observation XXV.

Sommaire. — Vingt-sept ans. — Choléra ; sept jours après, délire ambitieux ; tremblement des lèvres ; parole embarrassée ; guérison après sept semaines (1).

« Paulin (Antoine), âgé de vingt-sept ans, originaire de Haguenau (Bas-Rhin), exerce la profession de tanneur, et habite avec sa famille, rue Lenoir-Saint-Antoine. Pris de choléra, le 19 juin, il s'en relève assez promptement, mais le cerveau conserve l'empreinte du mal, et le 26, sept jours après, Paulus est arrêté comme aliéné sur la place publique. Sa physionomie est stupéfaite et bouleversée. Telle est la confusion de ses idées, qu'il ne saurait fournir aucun renseignement précis sur ce qui lui est arrivé. Son délire est assez incohérent et revêt une forme ambitieuse. Dieu communique avec lui ; il est le roi des rois. La veille de son entrée, il avait demandé un emploi au président de la république. Un tremblement manifeste agite ses lèvres, la prononciation est notablement *embar-*

(1) Observation communiquée par M. Delasiauve.

rassée; il y a plus de trouble que d'affaiblissement dans la mémoire. Paulus sait que nous sommes au mois de juin 1849. Son agitation force à le tenir emprisonné dans une camisole. Quelque cause serait-elle venue en aide à la disposition cholérique pour provoquer l'explosion du délire? Paulus mène une conduite régulière, il ne boit pas et consacre à entretenir ses parents, qui sont à sa charge, les 3 francs 50 centimes qu'il gagne par jour et qui lui suffisent à peine pour vivre. On conçoit que le chagrin de manquer d'ouvrage ou la crainte de perdre celui qu'il avait ait pu influer sur son esprit.

» Il y avait ici des signes de paralysie générale, aussi devions-nous être circonspect dans le pronostic. Toutefois, grâce au régime et aux moyens mis en usage, tels que saignées générales, ventouses à la nuque, sétons, pédiluves sinapisés, tisanes tempérantes, purgatifs et juleps calmants, l'agitation s'apaisa, et Paulus, à l'exception d'un peu d'étonnement qui n'est peut-être qu'apparent, à cause de son tempérament, recouvra sa santé morale. Vers le 10 juillet, il commença à tresser de la paille, et depuis trois semaines il travaille à la buanderie. Le 17 août, son certificat de sortie a été signé ».

Nous avons, comme dans les observations précédentes, pour caractériser la paralysie générale, l'embarras de la parole et le délire ambitieux.

La guérison a été rapide, comme on le voit, puisque la maladie ne s'est pas prolongée au delà de quelques semaines. Cette rapidité de la guérison peut s'expliquer jusqu'à un certain point par l'âge du malade et aussi par la nature de la cause spéciale, à la suite de laquelle les accidents s'étaient déclarés.

Observation XXVI.

Sommaire. — Quarante ans. — Délire ambitieux; embarras de parole très-peu marqué; tremblement des lèvres; après quinze mois, retour à une santé complète (1).

En 1847, le nommé D....., âgé de quarante ans, d'une riche constitution, fut conduit à Bicêtre, offrant des signes de paralysie générale qui n'étaient pas très-prononcés.

C'est un homme très-intelligent et ambitieux. Il avait fondé un journal d'économie sociale et organisé, au capital de 20 millions, une caisse d'escompte dont il était le gérant avec 12 000 francs d'appointements.

Par malheur, son frère ayant fait des opérations commerciales impor-

(1) Observation communiquée par M. Delasiauve.

tantes dont la liquidation se trouvait embarrassée, D..... eut l'imprudence de distraire de sa caisse une somme de 40 000 francs pour subvenir momentanément à un besoin pressant de son frère. Sur ces entrefaites survinrent les vérificateurs qui constatèrent le déficit. Poursuivi comme mandataire infidèle, D..... fut renfermé à Clichy, où il donna bientôt des signes graves d'aliénation mentale.

Voici ce que l'on constata chez ce malade lors de son entrée à Bicêtre:

Figure illuminée, colorée, presque farouche. Il se montre hautain, sombre, peu communicatif.

Lettres courtes, bizarres, signées vicomte Napoléon. Il ne reconnaît en sa mère que sa nourrice.

Néanmoins sa superbe fléchit peu à peu, il cause volontiers avec sa mère, sa sœur et son frère qui lui témoignent le plus grand attachement, mais il continue à persister dans ses idées. C'était un esprit fort indépendant, et à en croire sa famille, il ne dut qu'à son obstination la perte de son procès; on lui conseillait des concessions et des démarches qu'il ne voulut pas faire. On suppose que déjà il était malade.

Son imagination le faisait pénétrer surtout au plus profond des arcanes du blason et des chartes. Il ne fréquentait pas volontiers les autres malades et souvent se plaignait avec emportement des injures dont il était l'objet. Spontanément même il avait de temps à autre des fureurs passagères; sa prononciation n'était pas absolument nette; quand il parlait, ses lèvres étaient agitées d'une trémulation non équivoque.

On attendit pour se prononcer aussi bien sous le rapport du diagnostic que du pronostic.

Six ou sept mois se passèrent sans variations extrêmes, puis progressivement le calme survint.

Quand il parle de ses intérêts, il est plein d'indignation contre la perversité des juges et les hostilités que son entreprise avait provoquées. A l'entendre, parmi les actionnaires plusieurs appartenaient à des établissements rivaux, et avaient saisi cette occasion de le perdre. Une sorte d'exaltation se mêlait par moments à sa concentration habituelle.

Il n'était plus seulement un haut personnage allié à la famille du premier empereur. Toutes les sciences qu'il avait pu apprendre venaient comme sur un miroir se refléter dans son esprit.

Les mathématiques, la physique, la chimie, l'astronomie, s'y peignaient par intussusception magique.

Peu à peu, néanmoins, D.... perdit sa science et ses prétentions. Il convint avoir été malade et reçut non plus comme de simples commenseaux son père, son frère et sa sœur; il regrette l'éloignement de sa femme qui l'avait abandonné, et désire s'occuper. Pendant un mois, il fut employé chez un chef de bureau de la maison; mais il dut être

réintégré dans sa section, à cause d'une scène inconvenante avec une demoiselle. Cet épisode ne fut qu'un incident dans le retour à une lucidité complète : D.... fut rendu à sa famille après quinze ou seize mois de séjour.

Plusieurs fois, l'ayant rencontré à Paris, nous causâmes ensemble de sa situation, et j'appris que depuis sa sortie de l'asile son existence avait été précaire. Longtemps il avait vécu de travaux de bureau ou dans divers journaux. Un moment, il avait dirigé une feuille départementale. La dernière fois que je le vis, sept ou huit ans après sa sortie, je sus encore de lui qu'il changeait souvent de position; sa tenue, bien que convenable, n'en annonçait pas moins la détresse. Son regard avait quelque chose de terne et de vacillant. Il parlait sans assurance, soit incapacité réelle ou démoralisation produite par d'habituelles déceptions. La trémulation des lèvres n'avait point changé et permettait le doute entre un tic de nature ou une véritable débilité de l'influx nerveux musculaire.

Les symptômes paralytiques ici ont été légers ou même contestables. La parole, dit M. Delasiauve, n'était pas absolument nette, et quand le malade parlait, ses lèvres étaient agitées de mouvements convulsifs, comme cela a lieu si souvent au début de la paralysie générale. Quant au délire ambitieux, il était au contraire très-accentué; les symptômes étaient donc ici suffisants pour déclarer que le malade, s'il n'était déjà atteint de paralysie générale, en était au moins menacé.

La guérison n'est survenue et la lucidité complète n'a été constatée qu'après environ quinze mois.

Pendant huit années aucune rechute n'a eu lieu, bien, comme on l'a vu, que l'état moral de ce malade fût toujours de nature à inspirer quelques inquiétudes.

§ 3. — Folies congestives sans symptômes de paralysie, terminées par guérison.

Observation XXVII.

Sommaire. — Trente-trois ans. — Délire ambitieux ; pas d'embarras de la parole ; inégalité des pupilles. — Guérison. — Durée de la maladie, trois mois.

... Marie, âgée de trente-trois ans, entra à la Salpêtrière, le 14 novembre 1860. Voici les renseignements donnés par une amie de la malade : Cette femme travaillait à des cartons de chapeaux, et parvenait à grand'peine à gagner ainsi de quoi vivre en veillant jusqu'à une heure très-avancée de la nuit. Elle se nourrissait mal. Dans le commencement

d'octobre, il lui vint dans la paume de la main un bouton noir qui alla en grossissant; la tuméfaction envahit l'avant-bras. La malade souffrait de plus en plus; au bout de douze jours, elle entra à l'Hôtel-Dieu; l'inflammation avait gagné l'épaule. M. Jobert diagnostiqua une affection charbonneuse. Sortie guérie de l'Hôtel-Dieu, dans les premiers jours de novembre, on s'aperçut bien vite qu'elle avait la tête dérangée. Manifestant une gaieté, une agitation très-grandes, elle embrassait les personnes de la maison, causait continuellement, voulait donner de l'or à tout le monde. Le sommeil avait complétement disparu. Bientôt elle se livra à des actes de violence.

15 *novembre.* — Au moment de l'entrée à la Salpêtrière, on constate facilement un défaut de coordination dans les mouvements. Du reste, pas d'embarras dans la prononciation; pupilles égales. La sensibilité est extrêmement affaiblie : on peut pincer fortement la malade sans que sa figure exprime aucune douleur.

Elle est heureuse « comme les poissons dans l'eau et les oiseaux dans l'air, dit-elle; plus heureuse même que les oiseaux, car elle a des ailes pour s'envoler, — le Père céleste va lui donner vingt lions pour la traîner; — elle va se marier; elle aura deux diamants de 20 000 francs chacun; — du reste, l'univers entier lui appartient, et tout le monde aura toujours vingt ans. — Quoique pâle et maigre, sa santé est excellente; son enfant aura deux ans en naissant ».

Pendant plusieurs jours : excitation maniaque très-prononcée, cris, incohérence remarquable; puis on voit survenir un délire hypochondriaque. « Elle n'a plus ni sang ni veines; elle n'est formée que d'ossements : hier elle avait des millions de cœurs, mais aujourd'hui elle n'en a plus qu'un. » Loquacité, sommeil nul, crachats épais; langue sèche; pouls à 90.

21 *novembre.* — On peut fixer ce matin l'attention de la malade; elle dit bien son nom, son âge; elle a dormi une heure et demie cette nuit; le pouls est très-irrégulier; constipation; le ventre, rétracté, laisse percevoir avec facilité les battements aortiques.

Au bout de quelques jours, la physionomie est meilleure; V.... répond assez bien aux questions qu'on lui adresse, puis continue d'une façon incohérente. Les idées de grandeurs apparaissent de temps en temps.

26. — Agitation très-vive; la malade chante et pleure tour à tour: le délire ambitieux persiste; pas d'embarras de la parole.

30. — Même état; les pupilles sont inégales.

24 *décembre.* — La malade travaille un peu, se tient assez bien; l'appétit est revenu, la pupille gauche est toujours plus dilatée que la droite.

7 janvier. — L'amélioration continue ; lorsqu'on demande à cette femme si elle a encore ses idées de grandeur, elle répond qu'elle les a toujours, mais qu'elle ne veut pas les dire, parce qu'on la garderait plus longtemps. Elle n'est plus princesse, tout cela était de la plaisanterie; parfois néanmoins le délire apparaît encore : la malade dit qu'elle est supérieure aux autres, qu'elle a le Saint-Esprit dans le cœur.

26. — Il ne reste plus aucune trace de délire; la sensibilité est vive ; V..... travaille avec ardeur. On remarque cependant qu'elle s'emporte pour le plus léger motif, et qu'elle pleure facilement.

18 *février.* — Sortie.

Bien que cette malade n'ait pas eu d'embarras de parole, le délire ambitieux était ici des mieux caractérisés. Le délire hypochondriaque, l'inégalité des pupilles, l'insensibilité de la peau, l'agitation très-vive, sont autant de caractères qu'on peut invoquer encore pour ne pas regarder cet accès comme un accès de folie simple. Il y avait donc chez cette malade *menace* et *imminence* de paralysie générale.

Il n'est pas douteux qu'un certain nombre de médecins n'hésiteraient point à admettre chez cette femme le début d'une folie paralytique, et pour le prouver il suffira de rappeler l'observation empruntée plus haut à M. Jules Falret. Le malade, en effet, regardé comme atteint de folie paralytique, n'avait eu, en dehors du délire ambitieux, ni l'inégalité de pupilles, ni le délire hypochondriaque, ni l'insensibilité de la peau. Nous nous croyons donc parfaitement fondé à considérer cette femme comme ayant eu beaucoup plus qu'un accès de folie simple.

Observation XXVIII.

Sommaire. — Trente-neuf ans. — Manie congestive. — Excès alcooliques, six semaines avant l'invasion. — Excitation maniaque très-vive dès le début, avec prédominance d'idées de grandeur, et contraction des pupilles. — Guérison.

La femme B....., âgée de trente-neuf ans, couturière, née à Paris, entre, le 1er juin, à la Salpêtrière. Une de ses amies donne les renseignements suivants : La mère avait un caractère très-bizarre ; le père s'est pendu il y a cinq ans environ ; un de ses oncles s'est aussi pendu ; enfin, une de ses tantes s'est jetée par la fenêtre.

La malade a toujours été un peu extravagante, aimant à parler, à s'occuper de tout. Elle avait des céphalalgies fréquentes, a toujours été sobre : ce n'est qu'un mois ou six semaines avant son arrestation qu'elle commença à boire et à s'enivrer presque tous les jours. Les premiers symptômes de l'aliénation mentale apparurent il y a environ trois semaines. Toujours inquiète, la malade, qui ne goûtait pas un instant

de repos, se levait pendant les nuits pour travailler, bouleversait tout dans sa chambre. Dans la journée, elle dépensait follement son argent, portait tout son linge au mont-de-piété. Elle a acheté cinq ou six cents petites bagues de verre pour faire, disait-elle, la place de Paris. Ayant reçu 80 francs de son mari, elle dépensa tout en un jour. Dans ces derniers temps, elle prenait des voitures, allait au bois de Vincennes ou de Boulogne, se faisait accompagner par des soldats.

A son entrée à la Salpêtrière, la malade présente une grande excitation maniaque avec quelques idées de grandeur : « Quand je sortirai, j'achèterai une maison avec un magnifique jardin. J'ai un médecin qui est *décoré*. C'est moi qui ai fait le manteau de la cour, qui est exposé, etc. » Plaintes nombreuses contre son mari, qui s'est fâché et l'a battue, parce qu'elle avait pris une voiture et qu'il était obligé de payer. Elle prétend avoir eu des attaques de nerfs.

2 *juillet*. — Excitation très-vive; incohérence; contraction énergique des muscles de la face pendant que la malade parle. Les mots empereur, couronne, voiture, se retrouvent à chaque instant sur ses lèvres. Elle est d'ailleurs continuellement en mouvement et menace du regard les personnes qui l'entourent. Pupilles resserrées; pas d'embarras de la parole.

23 *juillet*.—Éruption furonculeuse au dos, sans fièvre; pas de trouble de la motilité. Agitation; elle est en pleurs sans motif, et présente toujours quelques idées ambitieuses : « Je suis la reine du royaume; j'ai un clysopompe de 500 francs. »

Août. — Anthrax très-large au dos; l'agitation est moindre; la malade paraît satisfaite, marche de tous côtés en prenant des allures de grand personnage; ramasse des feuilles, des cailloux; parfois elle s'excite; le regard alors devient vif, le geste menaçant; ses paroles deviennent obscènes; elle s'abandonne à ses idées ambitieuses et extravagantes.

Chaque jour, depuis son arrivée, la malade continue à prendre un bain de quatre heures.

Septembre. — Alternatives de calme et d'agitation; nouveau furoncle au bras; elle prétend que c'est une balle empoisonnée : « J'ai ruiné les diamants de la couronne, dit-elle, je suis la courtisane des anges; je suis de la Légion d'honneur. » Survint alors une période de tristesse qui dura deux ou trois jours. La malade se plaint de son séjour à la Salpêtrière. Elle prend tous les jours trois cuillerées de la solution suivante :

Iodure de potassium....................	20 grammes.
Eau....................................	400 —

Pas d'embarras de la parole; pupilles toujours resserrées.

Octobre. — La malade se tient assez bien ; elle travaille ; sa mémoire est assez nette ; la céphalalgie et les étourdissements ont disparu. Pas de tremblement de la langue ; on remarque encore parfois chez elle des allures un peu excentriques.

La malade continue à aller de mieux en mieux ; elle travaille avec assiduité, a conscience de sa maladie, et sort guérie.

Nous n'avons ici, pour caractériser la manie congestive, que le délire des grandeurs et la contraction très-marquée des pupilles ; mais les idées d'ambition étaient tellement exubérantes qu'elles suffisaient certainement pour constituer une *menace* de paralysie générale.

Aussi beaucoup de médecins ne balanceraient-ils pas à regarder la guérison de la femme Bruno comme une simple rémission, et prédiraient-ils le retour prochain de la maladie avec des phénomènes non douteux de paralysie.

On retrouve encore ici l'influence de l'hérédité. Le père, l'oncle et la tante de la malade se sont suicidés ; c'est donc un fait de plus à ajouter aux exemples déjà si nombreux qui démontrent l'influence héréditaire spéciale du suicide.

On dit que cette femme était sobre, mais qu'un mois avant l'invasion elle a commencé à faire des excès alcooliques ; il est probable que ce changement dans ses habitudes était lié au début encore inaperçu de la maladie : c'est une circonstance qui est loin d'être rare.

Observation XXIX.

Sommaire. — Trente-huit ans. — Manie congestive ; délire hypochondriaque ; délire ambitieux ; affection jugée par des sueurs abondantes (1).

« P.... L., âgé de trente-huit ans, marié, vigneron, entré à l'asile le 10 février 1862, en sort guéri le 8 mars de la même année.

» Il y a quatre ans environ, à la suite d'une blessure qu'il s'était faite à la main, un *changement subit* s'opéra *dans le caractère de cet homme. Il devint irascible et violent ;* ses affaires lui inspirèrent des inquiétudes non motivées ; il craignait de ne pouvoir y faire honneur ; ses gains ne lui paraissaient pas suffisants ; à la même époque, pesanteur de tête presque continuelle.

» Tel était l'état de M. P..... lorsqu'il y a quelque temps il fut atteint d'une éruption variolique peu confluente, mais qui fut le point de départ d'accidents ataxiques, hallucinations de la vue et de l'ouïe, excitation et en même temps délire *hypochondriaque* consistant dans l'idée qu'il n'a

(1) Observation publiée par M. Lunier.

plus *ni tête ni dents*. Il manifeste également des idées ambitieuses ; il se dit *Procureur impérial*, *Empereur*, *Dieu ;* il se dit le *Chef de l'État et se croit très-riche*. Agitation extrême, violence.

» A son entrée, le 10 février, P.... est calme, mais complétement étranger à ce qui l'entoure ; il rêvasse continuellement; le souvenir des lieux qu'il a habités, des personnes qu'il a connues, se retrace dans son imagination. Ses idées se combinent de mille manières et font naître des tableaux bizarres et fantastiques. Il a toujours les mêmes idées hypochondriaques qu'avant son entrée. Le pouls est peu fréquent (80 pulsations), mais le ventre est ballonné ; gargouillements dans la fosse iliaque droite, où la pression est douloureuse. Pulvérulence des narines, céphalalgie ; on observe encore quelques pustules de variole.

» Le 11 février, des eschares se sont développées au sacrum; nuits tranquilles, du reste.

» Le 15, le malade est très-calme ; l'intelligence a repris sa lucidité et l'on constate une amélioration générale ; les accidents typhoïdes ont disparu.

» Le 20, l'amélioration continue ; les eschares sont en voie de guérison.

» Le 3 mars, P.... émet encore quelques idées hypochondriaques ; de plus, on constate une déviation de la pointe de la langue à droite et du sillon sous-nasal à gauche ; ce dernier signe disparaît le lendemain.

» Du 4 au 6 mars, sueurs abondantes; éruption confluente de sudamina.

» Le 8 mars, le malade est rendu à sa famille, sinon radicalement guéri, au moins considéré comme tel par ses parents et amis.

» Nous venons d'apprendre que la guérison s'était maintenue (19 mai 1863). »

Ce malade, à la suite de la variole, a eu un délire qui s'est à peine prolongé un mois, il ne semble y avoir eu ni embarras de parole, ni inégalité des pupilles, ni insensibilité de la peau.

Cependant les conceptions ambitieuses et hypochondriaques qui ont caractérisé le délire me paraissent suffire pour séparer cet accès des folies simples. Le délire ambitieux et le délire hypochondriaque sont en effet des délires spéciaux d'une gravité particulière, aggravant le pronostic, et par conséquent impliquant à notre avis des conditions spéciales. La seule de ces conditions qui soit connue, c'est l'état congestif.

On remarquera que chez ce malade des eschares se sont développées très-rapidement et que cette apparition des eschares est très-communément observée dans les folies congestives.

Observation XXX.

Sommaire. — Vingt-sept ans. — Manie avec prédominance du délire des grandeurs. — Début brusque à la suite d'une insolation. — Bientôt délire aigu à l'époque des règles. — Guérison. — Durée de la maladie, cinquante-sept jours.

Madame B...., âgée de vingt-sept ans, entre à la Salpêtrière, le 14 septembre 1859. Les renseignements fournis par son mari sont les suivants :

Il n'y a aucun aliéné dans la famille de madame B....., dont la santé a toujours été excellente. Le 14 août 1859, par une journée des plus chaudes, elle voulut assister à la rentrée des troupes; le lendemain, violent mal de tête, que madame B..... attribua à l'insolation à laquelle elle s'était exposée la veille pendant longtemps. Le délire éclata bientôt; il fut calme d'abord, mais devint rapidement violent. Quelques jours après (20 août), les règles apparurent et n'apportèrent aucune modification dans l'état de la malade; l'agitation continua avec une intensité variable jusqu'au 14 septembre, jour de l'entrée à la Salpêtrière.

15 *septembre*. — Cette femme est dans la plus grande surexcitation; son délire est des plus extravagants; les idées de grandeur prédominent et se mêlent à quelques idées érotiques. On constate aussi des hallucinations de plusieurs sens. Elle est Anne d'Autriche, fille de Louis XVI, reine d'Espagne et de Westphalie; son père, Louis XVI, a été guillotiné; elle le sera, elle aussi, aujourd'hui, et sa fille Anna, demain..... Elle est mariée à un gendarme, à son ami Saint-Yves; un blond et un brun lui font la cour; la nuit dernière elle est accouchée de trois enfants et fit plusieurs fausses couches. Elle pardonne à son mari ses infidélités. Sa fortune n'est pas grande; elle porte dans le dos un petit sachet renfermant des trésors. Saint-Yves lui est apparu cette nuit : elle l'a vu et l'a entendu lui parler.

16 *septembre*. — A l'approche de l'époque menstruelle, le pouls s'élève à 100 pulsations; langue humide; peau chaude; haleine fétide; cris; agitation toujours très-vive, et au milieu de tout cela expansions douces : tendance aux embrassements.

17 *septembre*. — Tous ces symptômes se sont accrus; pouls à 120; peau brûlante; on perçoit les battements aortiques; crachats sanguinolents; la langue reste toujours humide. La malade cherche à attirer vers elle les personnes qui l'approchent, serre leurs mains contre sa poitrine; respiration haletante, sueur profuse. Le bassin exécute des mouvements antéro-postérieurs qui, accompagnés de soupirs caractéristiques, ne laissent aucun doute sur leur signification.

18 *septembre.* — Madame B..... est plus calme et paraît extrêmement fatiguée; la peau est toujours chaude; la langue humide et couverte seulement d'un enduit blanchâtre.

25 *septembre.* — Les phénomènes précédents se sont alternativement reproduits, mais d'une façon de moins en moins tranchée; aujourd'hui, d'autres idées les remplacent; la malade croit qu'on en veut à ses jours, elle dit que ses aliments sont empoisonnés, et injurie les personnes qui l'invitent à manger. Madame B..... est dans un état de maigreur extrême; la face est pâle; le pouls est fébrile, mais ne dépasse jamais 100. Il est bon de rappeler que la langue a presque toujours été humide. Il y eut un peu de bouffissure à la face et d'œdème aux mains; mais les urines ne présentèrent jamais aucune trace d'albumine.

10 *octobre.* — Le délire a complétement disparu; le pouls est à 90; l'état général est très-satisfaisant. Sur les instances de son mari, la malade obtient sa sortie.

La jeune femme dont on vient de lire l'observation se trouvait, comme on l'a vu, dans un état parfait de santé et n'était en proie à aucun chagrin, quand elle fut prise tout à coup d'un violent mal de tête et d'un délire des grandeurs, ayant tous les caractères du délire paralytique. Les conceptions délirantes étaient mobiles, contradictoires, absurdes, etc. A notre avis, on pourrait ici discuter le diagnostic et ne voir dans cet accès qu'une folie simple. Nous sommes cependant convaincu qu'il y a eu quelque chose de plus; le violent mal de tête qui a suivi immédiatement l'insolation et la nature du délire nous paraissent suffire pour caractériser un accès de folie congestive.

Il importe de remarquer que la malade n'avait que vingt-sept ans, et que la paralysie générale est rare avant trente ans. C'était là une condition très-favorable pour la guérison. En outre, il n'y avait eu là antérieurement ni les excès ni les peines morales qui depuis longtemps, chez beaucoup de malades, ont contribué à produire un certain degré de congestion, lequel ne fait que s'aggraver lorsque l'accès de manie éclate. Le malade de M. Delasiauve (observation XXIX), qui avait eu un accès de manie ambitieuse avec embarras de parole à la suite du choléra, a aussi guéri très-rapidement, et chez lui, comme dans le dernier fait, l'état congestif n'avait point été longuement préparé.

ARTICLE II.

FOLIES CONGESTIVES TERMINÉES PAR LA MORT.

§ Ier. — **État congestif sans adhérences des méninges à la couche corticale.**

Observation XXXI.

Sommaire. — Soixante et un ans. — Hypertrophie du cœur. — Somnolence. — — Insolation. — Monomanie ambitieuse. — Signes de congestion. — Parfois bredouillement. — Après un an, mort par congestion cérébrale. — Pas d'adhérences des membranes à la couche corticale (1).

M. Édouard, né et demeurant à Châteauroux, âgé de soixante et un ans, propriétaire, ancien marchand mercier, marié et père de trois enfants, n'a point de parents aliénés. Pendant longtemps il a joui d'une très-bonne santé; mais il s'est adonné depuis quelques années à l'ivrognerie, et a présenté depuis lors des signes d'hypertrophie du cœur. Il se plaignait en même temps de chaleur à la tête et à la face, s'endormait à chaque instant, et paraissait menacé d'une apoplexie; un flux hémorrhoïdal abondant, auquel il était sujet de longue date, contribuait pourtant à lui procurer par intervalles un certain soulagement.

Dans le cours de sa soixantième année, il a présenté dans l'intelligence quelques aberrations qui ont d'abord causé de l'inquiétude à sa famille; mais ces aberrations, d'ailleurs très-légères, se sont bientôt dissipées d'elles-mêmes.

Au commencement de sa soixante et unième année, M. Edouard s'endort et reste pendant un certain temps couché, la tête découverte, à l'ardeur du soleil. A la suite de cette imprudence, il se montre d'abord simplement irascible; mais, au bout d'un mois, il commence à divaguer, se prétendant frère du roi, assez riche pour acheter un palais, et tout à fait déplacé dans sa modeste habitation de campagne; il affiche beaucoup de mécontentement lorsqu'on le contrarie sur ses prétentions : une saignée est pratiquée et on le fait admettre à Charenton.

En arrivant dans cet établissement, il conserve les dehors d'un homme tout à fait raisonnable; la plupart de ses discours sont suivis et sensés; il convient pourtant qu'il se croit frère de Charles X, qu'il a eu le désir d'acheter des châteaux et de se faire faire un habit à collet d'or. Sa figure et surtout ses lèvres sont très-injectées; à part cela, il semble sain de corps et s'exprime sans difficulté. Un parfait équilibre règne aussi dans tous ses mouvements.

(1) Calmeil, *loc. cit.*, t. I, p. 42.

A soixante ans et six mois, amélioration apparente dans les conditions intellectuelles ; M. Édouard déguise assez bien ses idées déraisonnables pour faire croire à quelques-uns de ses amis qu'il a cessé d'être fou ; il est certain qu'il discute avec un grand sang-froid, et que la plupart de ses actions ne trahissent aucun dérangement dans les fonctions de la volonté. Lorsqu'on le pousse à bout, il finit pourtant par avoir recours à des expressions mordantes, et par laisser percer un excès d'orgueil. En général, il affecte de s'isoler, d'éviter le commerce de ses semblables et de s'éloigner des infirmiers, comme s'il se trouvait humilié de ses rapports avec la classe des serviteurs.

A soixante ans et huit mois, irritation dans le caractère, accès de colère ou d'emportements fréquents, récriminations déplacées sur sa captivité, habitudes excentriques, répliques mordantes, agitation ou taciturnité; parfois refus absolu de parler. Dans d'autres moments, il parle avec feu ; alors son visage prend une teinte cramoisie, et il s'exprime en bredouillant : on soupçonne qu'il a des idées de suicide.

A soixante ans et dix mois, dérangement dans les fonctions digestives et dans les fonctions de la circulation. La langue est rouge, la peau chaude, la respiration parfois courte ; souvent les selles deviennent trop abondantes et trop liquides ; les jambes sont enflées le soir, les lèvres ont un aspect bleuâtre.

La figure de M. Édouard est le plus souvent comme pourprée, et sa tête lourde. Comme il refuse de rester au lit, de prendre des médicaments, de se laisser explorer, et souvent même de s'asseoir, on le place dans une infirmerie où il est au moins soumis à une température douce et à des soins hygiéniques réguliers.

Vers la fin de la soixante et unième année, il perd tout à coup connaissance et reste immobile et étendu sur le dos. La salive s'échappe en filant de ses lèvres, sa figure est comme tuméfiée par l'accumulation du sang, ses conjonctives sont fortement injectées : irrégularité du pouls, embarras croissant de la respiration, déglutition impossible. On entoure les membres de sinapismes, sans concevoir l'espoir de le soustraire à une mort prochaine. Il continue encore à vivre dans le coma pendant près d'une heure, et expire ensuite sans avoir fait aucun effort pour parler ou pour agir : il n'était sorti qu'une quantité insignifiante de sang par une ouverture qu'on avait cru devoir pratiquer tout d'abord à la veine médiane céphalique droite.

A l'autopsie, on trouva une congestion très-intense du cerveau et un épanchement séreux assez considérable.

La pie-mère était très-infiltrée de sérosité, mais « sa face interne n'avait point contracté d'adhérences avec la surface des hémisphères cérébraux ».

A la suite de cette observation, M. Calmeil, après avoir rappelé l'état de congestion du cerveau, ajoute : « On peut supposer avec quelque fondement qu'une partie de ce sang devait exister déjà dans les vaisseaux, bien avant le jour de l'attaque à forme apoplectique qui a renversé en dernier lieu M. Édouard, et qu'il était depuis longtemps sous le coup d'une péri-encéphalite chronique imminente, lorsqu'il a été comme foudroyé par un sucroît de congestion sanguine; il n'est pas jusqu'à la forme ambitieuse de son délire qui ne parle bien en faveur de cette supposition; pour notre compte, nous sommes convaincu qu'il aurait été atteint d'une inflammation, soit locale, soit générale du cerveau s'il eût pu échapper à la violence de l'attaque qui a entraîné sa mort. »

Observation XXXII.

Sommaire. — Vingt-quatre ans. — Délire des grandeurs. — Tressaillements des muscles de la face. — Aucun signe de paralysie. — Tout à coup, après cinq mois et pendant la convalescence d'une pneumonie, signes graves de congestion cérébrale qui entraînent rapidement la mort (1).

Le nommé Guenier, cultivateur, âgé de vingt-quatre ans, entra à l'asile d'aliénés de Blois, le 22 décembre 1849, après un séjour temporaire de deux mois environ à l'hôpital de Vendôme. Le médecin de ce dernier établissement, dans son certificat, signalait ce jeune homme « comme atteint depuis plusieurs années d'une manie intermittente dont les accès se manifestent par des violences contre les personnes qui sont en contact avec lui. Guenier est incohérent; la moindre contrariété l'irrite; il a voulu frapper la sœur qui lui porte ses aliments ».

Le jour de son entrée à l'asile, ce malade ne présentait encore aucun signe de paralysie générale. Néanmoins on pouvait, dit M. Billod, pressentir cette affection, d'après la nature du délire et l'examen du malade : Guenier, en effet, répétait qu'il était Dieu, roi du ciel et de la terre, et il conformait son port, son attitude et tous ses gestes à ses idées de grandeur.

Il est irrespectueux, arrogant et refuse de travailler. Conduit à la douche, il devient poli, respectueux, excellent travailleur. Le délire, en conservant sa prédominance, reste calme jusqu'au 10 mars ; l'agitation reparaît alors. Le 15, le malade se plaint d'une douleur dans le côté droit. On reconnaît une pleuro-pneumonie de la base du poumon ; on pratique deux saignées de 300 grammes, et l'on donne 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep.

Le 19 février, l'affection pulmonaire était en pleine résolution, lorsque

(1) Billod, *Annales médico-psychologiques*, 1850, p. 631.

survinrent inopinément les premiers symptômes de la paralysie générale.

L'embarras de la parole devint rapidement extrême : le malade ne pouvait plus sortir la langue; la paralysie ayant atteint les muscles du pharynx, la déglutition était devenue impossible ; le collapsus était profond ; le malade, s'étant levé, ne put se tenir sur ses jambes et se laissa tomber. Enfin, la paralysie gagna les muscles respirateurs et la mort survint le 28 mars au soir.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, il s'écoule une médiocre quantité de sang; l'arachnoïde présente, dans toute l'étendue de sa surface, une injection extrêmement fine et abondante. Dans la partie antérieure et supérieure des deux lobes, c'est plutôt une extravasation sanguine, par plaques larges et rouges, qu'une injection variable.

Il n'y a d'adhérence dans aucun point de la surface du cerveau; il reste taché en rouge après l'ablation des membranes, au niveau de l'extravasation déjà signalée ; ces taches sont tout à fait superficielles. Congestion très-intense du cerveau. A chaque coupe, le sang s'échappe d'une grande quantité de vaisseaux ; il en est de même pour la protubérance, la moelle allongée et la moelle épinière.

Les deux observations qui précèdent ont des caractères communs que nous croyons devoir signaler.

M. Édouard, d'après M. Calmeil, était depuis longtemps *sous le coup* d'une paralysie générale. Chez Guenier, M. Billod avait reconnu que cette maladie était également *imminente.*

Ces deux malades étaient donc de ceux qu'on regarde comme menacés de démence paralytique. On a en effet noté chez eux le délire des grandeurs, et en outre chez l'un, des tressaillements dans les muscles de la face; l'autre a offert un bredouillement passager, de la somnolence, etc.

C'est d'après ces symptômes que tous les deux ont été classés parmi les aliénés *menacés* de paralysie générale. C'est aussi sur ces symptômes que nous nous fondons pour placer ces deux faits dans les *folies congestives.*

Chez M. Édouard, une congestion cérébrale a entraîné la mort après trente-six heures. Mais Guenier a survécu huit jours ; les altérations étaient de même nature

Pour M. Calmeil, M. Edouard n'a point été atteint de paralysie générale, et nous croyons qu'il en est de même de Guenier. Ce malade a succombé à des accidents cérébraux aigus, provoqués par une violente congestion du cerveau, mais il n'est pas mort d'une paralysie générale.

Observation XXXIII.

Sommaire. — Trente-six ans. — Cinq années avant l'invasion, hémiplégie du côté droit, qui persiste pendant cinq mois. — Délire ambitieux. — Inégalité des pupilles. — Pas d'embarras de la parole. — Diathèse gangréneuse. — Abcès. — Mort dans une syncope, le trente-deuxième jour. — Hémorrhagie méningée. — Point d'adhérence des membranes à la couche corticale, congestion des poumons et des muqueuses de l'estomac, du gros intestin et de la vessie.

La femme B...., âgée de trente-six ans, est entrée à la Salpêtrière, le 31 janvier 1866.

Cinq ans auparavant, cette malade avait été placée dans le service de M. le docteur Nonat, à l'hôpital de la Charité, pour une hémiplégie du côté droit.

Il résulte des renseignements donnés par un de ses parents, que douze jours avant d'être conduite à la Salpêtrière, elle se plaignit d'une douleur dans le côté droit; elle n'avait d'ailleurs point de fièvre. Un médecin diagnostiqua une névralgie. Quatre ou cinq jours après, les règles apparurent et il y eut un moment d'amélioration; l'écoulement ayant cessé deux ou trois jours après, la malade devint irritable, puis tomba dans l'abattement. C'est alors que le délire éclata tout à coup le 23 janvier. Il fut caractérisé par une grande agitation, de la loquacité, des gestes et propos obscènes; le sommeil et l'appétit disparurent complétement; il y eut aussi plusieurs lipothymies.

On prétend que le 30 janvier dernier la langue de la malade se tuméfia au point de rendre impossible l'usage de la parole; en même temps, convulsions répétées de la face, sans perte de connaissance.

A son entrée, la femme B..... présente les signes d'un délire ambitieux très-prononcé. « Elle est fort riche, va épouser un marchand de beurre qui lui a acheté une cage en or. Elle aura de très-belles robes; sa sœur, Russe, a doté sa fille de 12, 30, 17 000 francs. Elle achètera de belles toilettes, avec l'or qui tombera de la cage que son mari lui donnera. » Il n'y a aucun embarras de la parole, la pupille gauche est plus large que la droite; l'agitation est très-grande, le pouls fréquent, eschare à la jambe gauche.

5 février. Un peu de calme survient.

7 février. L'agitation est plus intense et le délire ambitieux très-prononcé. On note pour la première fois des grincements de dents.

12 février. L'eschare de la jambe se détache; la plaie suppure. En même temps on note sur divers points du corps des phlyctènes dont l'une, très-développée, siége à la main gauche. Un petit abcès se forme

au pli du coude gauche; on en découvre un autre au siége; celui-ci est plus étendu, plus profond, et en outre accompagné de décollement.

La diarrhée, qui était survenue depuis plusieurs jours, tend à s'arrêter; B..... est plus calme et garde un mutisme absolu.

20 février. Elle pleure, injurie les personnes qui l'entourent, parce qu'on lui a volé un sac plein d'or. Nouveaux grincements de dents; cependant la malade se nourrit mieux; toutes ses plaies suppurent abondamment; une nouvelle phlyctène survient sur l'éminence hypothénar gauche. L'inégalité des pupilles a presque disparu; la gauche, qui était très-contractée, devient plus large.

28 février. Les conceptions délirantes sont de nature hypochondriaque: B..... prétend qu'on lui a vidé le corps pour prendre ses diamants. Elle a dans le ventre des tonneaux remplis d'or; on lui a mis du sable dans les membres; sa bouche contient deux langues placées l'une sur l'autre. » Du reste, on ne constate aucun embarras de la parole; la suppuration est toujours abondante; l'appétit est bon, constipation.

Le pouls, qui jusque-là avait varié entre 80 et 100 pulsations, tomba peu à peu à 50 sous l'influence de l'emploi de la digitale. On cesse le médicament. La malade est calme, mais très-affaissée; sa jambe suppure toujours beaucoup. Pendant les deux jours suivants, la diarrhée reparaît.

Le 4 mars au matin, B..... adresse la parole à la sœur qui veillait auprès d'elle, et lui fait remarquer qu'elle n'a pas la coiffe qu'elle porte d'habitude; la prononciation était encore très-nette et la voix assez forte; quelques minutes après, la mort survient subitement.

Autopsie.

Les os du crâne, à leur face interne, sont pâles; il en est de même de la dure-mère; cependant, à gauche, vers sa partie moyenne, cette membrane offre un piqueté sanguin et comme une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 1 franc. On voit déjà sur le cerveau, à droite et à gauche de la grande scissure, une teinte bleuâtre, indice d'une hémorrhagie méningée. La dure-mère renversée, on trouve en effet quelques fausses membranes minces et transparentes, qui aboutissent à deux nappes de sang dont la principale existe sur l'hémisphère gauche à l'union du lobe moyen avec le lobe postérieur. Le cerveau pèse 1080 grammes, les hémisphères sont égaux; le poids du cervelet est de 150 grammes. Trois grosses veines, gorgées de sang, se dessinent à la surface du cerveau, qui partout ailleurs est pâle; on ne remarque aucune opacité, aucune infiltration, aucun épaississement des membranes; leur

aspect est parfaitement normal. Elles se détachent partout avec facilité de la substance corticale, et il n'y a aucune trace d'adhérence.

Hémisphère gauche. — Le grattage du lobe antérieur fait voir un commencement de sclérose dans un petit groupe de circonvolutions; pas d'injection de la substance blanche, qui a sa consistance normale. On croit reconnaître quelques granulations dans le ventricule moyen, qui n'est pas dilaté. Cet hémisphère, dépouillé de ses membranes, est partout lisse et poli.

Hémisphère droit. — Il est de consistance normale, sa substance blanche n'est pas injectée, la grise est pâle; une seule circonvolution du lobe antérieur est sclérosée, mais d'une façon si nette qu'il n'est pas possible de se tromper. La protubérance n'offre aucune altération, il existe dans le quatrième ventricule de très-fines granulations à peine perceptibles. La moelle est saine, ses vaisseaux sont presque vides de sang.

Poumons. — On les trouve gorgés de sang fluide. La plèvre droite, est très-adhérente au poumon.

Le cœur et le foie sont sains ; la rate est volumineuse et pèse 240 grammes.

Reins. — Le droit est petit et atrophié; le gauche, sain et volumineux. L'aorte, les veines sous-clavières et la veine cave inférieure sont remplies de sang noir liquide ; la face interne de la vessie est ecchymosée par places; la muqueuse de l'estomac, rouge violacé, avec quelques ecchymoses; les villosités sont plus développées qu'à l'état normal.

La face interne du duodénum et du jéjunum est aussi ecchymosée, rouge et violacée; on retrouve la même coloration dans l'iléon; on la constate aussi dans le côlon ascendant, et de plus on trouve dans cette partie de l'intestin une certaine quantité de sang.

L'observation qui précède offre un très-grand intérêt au point de vue des lésions anatomiques.

On ne trouve pas ici la méningite de Bayle; car les membranes n'étaient ni opaques, ni épaissies, ni infiltrées.

On ne trouve pas davantage les adhérences et le ramollissement de la couche corticale. La congestion elle-même fait défaut, car les deux substances n'étaient nullement injectées. Néanmoins l'hémorrhagie méningée, qui existait de chaque côté, a probablement été la conséquence d'un état congestif dont la congestion des poumons, de l'estomac, des intestins et de la vessie peut jusqu'à un certain point expliquer la disparition. Comme on l'a vu d'ailleurs, il y avait eu exhalation sanguine à la surface du gros intestin.

Mais ce qui mérite surtout ici de fixer l'attention, c'est la sclérose de

la substance blanche, limitée à droite à une petite portion d'une circonvolution du lobe antérieur, et à peine plus étendue à gauche.

Nous trouvons là, tout à fait à son début, la lésion que j'ai signalée il y a déjà huit ou dix ans, et il est bien remarquable qu'elle commence toujours par les lobes antérieurs, restant bornée pendant longtemps aux crêtes blanches qui soutiennent la substance grise. Cette lésion, quand elle est au premier degré, comme cela avait lieu ici, échappe nécessairement si l'on se borne à inciser le cerveau par tranches; et l'on peut regarder comme à peu près certain qu'elle existait dans les cas de paralysie générale où le cerveau aurait été trouvé sain. Chez notre malade, en effet, à part la petite hémorrhagie méningée, la sclérose commençante était la seule lésion appréciable.

Ce fait prouve que la sclérose débute par des points limités et qu'elle s'étend de proche en proche, envahissant peu à peu toute l'étendue des lobes antérieurs et souvent une partie des lobes moyens.

Des recherches intéressantes restent à faire pour établir les rapports des symptômes avec le siége et l'étendue de la lésion. Ce que je puis dire dès ce moment, c'est que j'ai déjà constaté un certain nombre de fois l'existence de la sclérose des lobes antérieurs chez les malades qui n'offraient encore aucun symptôme tranché de paralysie.

Observation XXXIV.

Sommaire. — Trente-huit ans. — Tante aliénée; excès alcooliques; idées de grandeur; agitation furieuse.— Mort; point d'adhérence des membranes (1).

Depuis trois semaines, un homme âgé de trente-huit ans était dans une agitation furieuse, lorsqu'il fut conduit à Saint-Yon. Idées de grandeur : il est roi, empereur, général; il commande des manœuvres.

« A son entrée, agitation excessive; le malade brise les meubles, déchire ses vêtements. Loquacité, cris, délire ambitieux. Il parle de voitures, de chevaux. Souvent il creuse la terre avec ses mains, disant qu'il va trouver de l'argent. Au moment de la visite, il crie de toutes ses forces : « Portez armes ! Garde à vous ! » etc.

Symptômes d'entérite.

Le malade vole des aliments, il gâte, et tombe dans le marasme. Le délire persiste, mais le malade parle à voix basse; les mouvements sont lents.

Autopsie.

Poids de l'encéphale.... ... 1452 grammes.

« Léger épaississement des membranes. Ecchymose sous-arachnoïdienne

(1) Parchappe, *loc. cit.*, p. 14.

dans les régions latérales et antérieures des hémisphères, avec décollement de la pie-mère en plusieurs points, avec injection pointillée et ramollissement superficiel de la couche corticale.. Ecchymose sous-arachnoïdienne au pourtour du cervelet. Coloration rosée de la couche corticale et de la substance grise dans le cerveau et le cervelet. »

Nous avons ici, pour caractériser la manie congestive, le délire des grandeurs, l'agitation excessive; plus tard, la paralysie des sphincters et la lenteur des mouvements.

Pendant la vie, on n'avait constaté ni paralysie, ni embarras de la parole. D'autre part, l'autopsie n'ayant point révélé de ramollissement de la partie moyenne de la couche corticale, Parchappe a laissé cette observation dans les folies simples.

On a vu, dans le chapitre précédent, comment cet auteur déclare que la manie avec délire des grandeurs peut ou même doit faire craindre la paralysie générale; mais comment aussi cette manie doit être considérée comme une folie simple, tant que les symptômes de paralysie ne se sont pas manifestés.

Observation XXXV.

Sommaire. — Quarante ans. — Suites de couches; délire ambitieux; agitation excessive; paralysie des sphincters. Mort rapide; pas d'adhérences des membranes (1).

« Il y a quinze jours, immédiatement après être accouchée, la femme dont nous citons l'observation est prise de délire avec agitation; lochies peu abondantes.

A son entrée à l'hôpital, agitation excessive; incohérence. Idées de richesse. La malade se frappe à la tête; évacuations involontaires. Elle prétend qu'elle est le bon Dieu. Elle doit avoir des chevaux d'or, une canne d'or, une tabatière d'or, une autre d'argent.

Elle est la bonne Vierge; elle croit avoir du plomb dans la tête; elle dit qu'en frappant sa tête elle fera sortir ce plomb, et que cela fera des tabatières d'or. Agitation excessive. Infiltration des membres, dyspnée, mort.

Autopsie.

Poids de l'encéphale....... 1195 grammes.

« Coloration rouge lilas, uniforme dans la couche corticale de l'extrémité antérieure des hémisphères cérébraux, disséminée par plaques dans la couche corticale des autres régions. Mollesse superficielle de cette

(1) Parchappe, *loc. cit.*, p. 17.

couche à l'extrémité antérieure des hémisphères. Hypérémie de la substance blanche. Coloration lilas de la couche corticale du cervelet. Épanchement de sérosité dans les plèvres, le péricarde et le péritoine. »

Il serait difficile de trouver une observation où le délire qu'on a appelé *paralytique* se présente avec des caractères plus tranchés.

« La malade est le bon Dieu ; elle va avoir des chevaux d'or, une canne d'or, une tabatière d'or, etc. »

Une conception délirante hypochondriaque, comme il arrive souvent, se joint au délire ambitieux : « *La malade a dû plomb dans la tête, avec ce plomb elle fera des tabatières d'or.* » Qu'on joigne à ces symptômes les évacuations involontaires et l'agitation excessive, et l'on conviendra qu'il y avait là des éléments suffisants pour dire, comme l'ont fait MM. Calmeil et Billod dans les observations citées plus haut, que cette malade était *sous le coup* d'une périencéphalite, ou *dans l'imminence* d'une paralysie générale.

Cette observation, laissée dans les folies simples par Parchappe, rentre donc dans les folies congestives.

Observation XXXVI.

Sommaire. — Émotion morale vive. — Attaque convulsive avec perte de connaissance. — Accès de manie. — Guérison après trois mois. — Rechute après un mois. — Mélancolie avec stupeur. — Guérison après trois mois. — Troisième rechute après six mois. — Congestion cérébrale. — Embarras de la parole ; symptômes cérébraux aigus. — Pneumonie méconnue. — Mort rapide. — Congestion très-forte des membranes et du cerveau ; aucune adhérence.

La femme A...., âgée de trente-deux ans, d'une taille élevée, d'une forte constitution, est accouchée au mois de novembre 1856. En février 1857, elle perdit son enfant et ressentit un chagrin profond. Au mois de juillet, elle éprouva pendant une nuit une très-grande frayeur, et deux jours après elle eut une première attaque convulsive avec perte de connaissance. Les caractères de cette attaque, qui se renouvela plusieurs fois pendant un mois, n'ont malheureusement point été spécifiés. A partir de ce moment, la femme A.... parle beaucoup ; elle devient plus active, et dans les premiers jours d'août un accès de manie éclate. La malade est transférée dans une maison de santé. L'accès est combattu par une saignée abondante, de la glace sur la tête et des bains prolongés. Au bout de deux mois, A..... est transférée à la Salpêtrière, le 20 octobre 1857. A son arrivée, elle offrait encore les symptômes d'une excitation maniaque assez vive ; mais le calme ne tarda pas à survenir. La convalescence s'établit et la femme A..... fut rendue à son mari, le 15 novembre. La

menstruation, qui avait été très-irrégulière et peu abondante depuis l'accouchement, avait complétement disparu depuis le début des accès de folie.

Pendant la durée du séjour à la Salpêtrière, la malade, observée avec soin, n'avait présenté aucun indice de paralysie.

A peine un mois s'était-il écoulé, qu'une rechute avait lieu, mais les symptômes de cette nouvelle attaque ne ressemblaient plus à ceux qui avaient caractérisé le premier accès. La femme A....., au lieu d'être exaltée, tombe dans l'inertie, elle parle à peine et cesse de pouvoir faire son ménage, et bientôt elle est ramenée à la Salpêtrière, le 20 janvier 1858, offrant des signes très-tranchés de mélancolie. Elle a d'ailleurs conscience de son état, s'afflige de ne pouvoir plus rien faire; elle prétend qu'elle ne guérira pas; elle désire mourir. Sa voix est faible, cassée, son regard fixe. Au bout de trois mois, après l'usage d'un grand nombre de bains sulfureux, le retour à la santé parut complet, et la sortie fut accordée le 19 avril 1858.

Pendant ce second accès, l'attention n'avait non plus été éveillée par aucun indice de paralysie générale. Cependant je dois faire remarquer qu'à la préfecture de police on avait délivré le certificat suivant : « Accès maniaque avec *menace de paralysie*. Traitée en 1857, à la Salpêtrière. Depuis un mois, mélancolie, insomnie, agitation nocturne; pas encore d'excitation. »

J'ignore sur quoi s'était fondé le médecin qui avait délivré le certificat pour noter cette menace de paralysie. Quant à moi, je n'avais rien observé qui pût se rattacher à cette grave affection.

Au commencement d'octobre, la malade, qui depuis sa sortie avait beaucoup engraissé, redevint mélancolique. Elle eut alors une congestion cérébrale, qui laissa après elle de l'embarras dans la prononciation et fut suivie d'un état de stupeur. Le 2 novembre, la femme A..... fut amenée pour la troisième fois à la Salpêtrière, avec des symptômes graves, et quatre jours après, elle succomba à une pneumonie.. L'embarras de la parole avec tremblement des lèvres put être constaté pendant les quelques jours qui précédèrent la mort. Ce dernier accès avait à peine duré deux mois.

A l'autopsie, on trouve une injection très-vive des méninges, une coloration violacée de la substance grise et une injection intense de la substance blanche; aucune adhérence des membranes au cerveau. Celui-ci était très-volumineux et pesait 1150 grammes; le cervelet, 196 grammes : les deux hémisphères étaient égaux et il n'y avait point d'épanchement séreux. Le poumon droit était hépatisé; le poumon gauche très-congestionné; les cavités du cœur contenaient des caillots fibrineux très-denses.

Cette observation diffère, sous beaucoup de rapports, de celles qui ont été précédemment citées. La malade avait eu successivement, à un mois d'intervalle, un accès de manie et un accès de mélancolie. Ces accès, observés avec soin, et qui ont guéri sous mes yeux, n'offraient aucun caractère de nature à faire prévoir la paralysie générale; ils avaient donc dû être regardés comme des accès de folie simple.

C'est dans le troisième accès seulement, à la suite d'une congestion, qu'on observa l'embarras de la prononciation, embarras très-marqué et qui à lui seul suffisait pour assigner désormais à ces accès une place à part.

On a vu que la femme A....., un mois avant le début du premier accès, à la suite d'une très-vive frayeur, avait éprouvé des attaques convulsives avec perte de connaissance.

De quelle nature étaient ces attaques? quel lien existe-t-il entre elles et la congestion cérébrale survenue au commencement du troisième accès? Doivent-elles être regardées comme de nature épileptique, ou bien n'étaient-elles produites que par de simples congestions?

Les renseignements nous manquent pour décider cette question; cependant rappelons que la femme A..... était très-forte, d'une constitution pléthorique, et que ses règles étaient supprimées depuis dix mois.

Observation XXXVII.

Sommaire. — Babil exubérant. — Idées de luxe et de grandeur. — Paralysie incomplète de la langue. — Difficulté extrême de la progression. — Hématémèse. — Mort presque subite. — Sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde; infiltration séreuse de la pie-mère; système cérébro-spinal sain, à part la décoloration (1).

M. P....., âgé de cinquante-six ans, d'une constitution vigoureuse, n'a aucun aliéné dans sa famille, il a abusé des femmes, s'est livré avec excès aux boissons alcooliques, et a été soumis à un traitement mercuriel, à la suite de maladies vénériennes. Ayant éprouvé des pertes considérables au jeu, il eut un accès de manie qui dura vingt-neuf jours.

Cinq mois après, M. P..... commença à donner de nouveau des symptômes d'aliénation mentale, mais cette fois les symptômes sont plus graves, le malade dépense en prodigalités le peu d'argent qu'il a, se promène sans cesse en voiture, promet de l'or et des perles aux cochers qu'il ne paye point. Il est heureux, parle à tout le monde de sa fortune; le délire ambitieux domine dans tous ses discours. On remarque en même

(1) Résumé d'une observation publiée par M. Calmeil.

temps que la langue est embarrassée, la parole peu distincte. La marche est encore possible, mais M. P..... chancelle à chaque pas et menace de tomber.

Deux mois après ces accidents, l'affaiblissement intellectuel est complet, le délire ambitieux persiste, ainsi que les symptômes de paralysie.

Le malade prétend avoir vomi la veille près de deux pintes de sang, mais les parents n'ont point fait mention de ce renseignement.

Au bout de quatre jours, on s'aperçoit que les selles sont sanguinolentes, et en même temps le malade rejette par le vomissement une cuvette entière de caillots durs nageant dans un liquide rosé.

Quelques jours après, des vomissements abondants de sang reviennent subitement. M. P..... tombe sans connaissance et meurt.

Autopsie.

La pie-mère est infiltrée de sérosité ; ce liquide abonde dans l'intervalle qui sépare cette membrane du feuillet viscéral de l'arachnoïde. On en retrouve encore en petite quantité dans la grande cavité arachnoïdienne.

Partout, le cerveau se laisse facilement dépouiller de ses enveloppes ; la substance cérébrale est saine et ne présente qu'une décoloration générale. La moelle est aussi plus pâle que de coutume. L'estomac, distendu, contient une énorme quantité de caillots sanguins nageant dans un liquide sanguinolent. La muqueuse présente des plaques d'un violet vif. Les autres organes sont sains.

On signale chez ce malade, comme chez tant d'autres, une sorte d'accès de manie qui aurait duré vingt-neuf jours. On peut supposer que cet accès était guéri, puisqu'on indique qu'après cinq mois le malade donnait *de nouveau* des signes d'aliénation mentale. Il est probable que le premier accès, observé avec soin, eût déjà fourni quelques indices de nature à faire craindre l'invasion du second accès, et même jusqu'à un certain point à en faire prévoir les caractères. Ces caractères sont ici des plus graves ; non-seulement le délire ambitieux est exubérant, mais en outre il y a un embarras très-marqué de la parole, et le malade chancelle sur ses jambes.

Après une autopsie faite avec soin, M. Calmeil déclare que le cerveau était sain, et la disparition de l'état conjestif s'explique naturellement par l'abondance de l'hématémèse à laquelle le malade a succombé.

§ 2. — État congestif avec adhérences des membranes à la couche corticale.

Observation XXXVIII.

Sommaire. — Quarante-cinq ans. Chute sur la tête. — Loquacité, insomnie, délire ambitieux et hypochondriaque. — Langue tremblante. — Mort; opacité de l'arachnoïde ; injection de la pie-mère. — Adhérences très-légères et très-peu étendues, en trois points seulement.

La femme M....., âgée de quarante-cinq ans, est entrée à la Salpêtrière, le 25 janvier 1862.

La maladie a débuté, il y a quinze jours, à la suite d'une chute faite sur la glace. Dès le lendemain, on a observé une loquacité inaccoutumée qui a toujours été en augmentant, jusqu'à aboutir à un délire complet, accompagné d'insomnie. La chute est la seule cause que le mari assigne à la maladie.

A son entrée, cette femme est très-agitée ; sa figure est épanouie, sa parole facile ; grande incohérence des idées, mais avec prédominance du délire des grandeurs. Elle est reine, petite-fille de François II, fille de Marie-Louise ; le comte de Paris est son fils, toute la France lui appartient. Elle ramasse des cailloux qu'elle prend pour des pierres précieuses, etc.

En même temps, par moments, idées hypochondriaques ; elle prétend qu'elle ne peut marcher parce que son sang est en agitation ; on lui a tiré un coup de pistolet dans la tête ; elle assure être restée dix jours sans manger, etc.

Pupilles contractées, langue tremblante.

Quelques jours après l'entrée, il survient une éruption de gros furoncles sur le côté droit, formant comme une demi-ceinture au-dessus de la crête iliaque. Ces furoncles, au nombre de cinq, déterminent un gonflement assez considérable et sont accompagnés de fièvre.

Le 8, rétention d'urine ; on reconnaît le matin, à la visite, que la vessie est distendue et forme une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic. On est obligé de recourir à la sonde. Bientôt ballonnement du ventre, vomissement bilieux ; point de signes de paralysie. On s'aperçoit que la malade porte sur la poitrine et le ventre une douzaine de boutons de varicelle.

Le 12 février, un anthrax se développe dans la région dorsale ; la fièvre augmente, la figure s'altère.

Le 17, fièvre intense, facies très-altéré, langue sèche, météorisme, vomissements, urine trouble et très-fétide ; insomnie complète. La

malade meurt le 18, après être restée trente-six heures environ dans un état d'affaissement et de somnolence.

A l'autopsie, on trouve le feuillet viscéral de l'arachnoïde un peu opaque en un assez grand nombre de points. Pie-mère très-injectée et épaissie, surtout sur l'hémisphère droit. Les membranes s'enlèvent facilement par larges lambeaux. Il n'existe sur toute la surface des hémisphères que trois ou quatre adhérences très-légères et très-peu étendues, à la face interne et à la base des lobes antérieurs. La substance grise des circonvolutions est à peine rosée dans quelques points, elle paraît avoir sa consistance normale. La substance blanche n'offre d'injection véritable que dans les lobes postérieurs. Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés et ne contiennent pas de sérosité. Il existe dans la cavité digitale de l'hémisphère gauche quelques gouttes de pus bien lié sans ramollissement de la substance blanche correspondante; on cherche vainement du pus dans les autres parties du cerveau ; il n'en existe pas non plus dans le ventricule du côté opposé. Rien à noter pour le cervelet, la moelle n'a pas été examinée.

Le cerveau pesait 1120 grammes, le cervelet, la protubérance et le bulbe, 170 grammes, il s'était à peine écoulé quelques grammes de sérosité. Le mésentère est rempli de petites tumeurs grosses comme des pois, d'une consistance semi-cartilagineuse. Des tumeurs semblables, mais plus petites, existent çà et là sur les parois des intestins. Le bassin est en partie rempli par une tumeur fibreuse de l'utérus.

Le délire ambitieux, le délire hypochondriaque, la contraction extrême des pupilles, la rétention d'urine, les adhérences des membranes trouvées après la mort suffisent ici pour séparer cette observation des folies simples.

Il ne faut pas oublier non plus que la seule cause assignée à cette maladie était une chute sur la tête.

On doit noter cette éruption de furoncles et l'anthrax arrivés chez cette malade et qui semblaient attester un effort critique, comme cela a lieu si souvent dans les folies congestives.

Quant aux deux gouttelettes de pus trouvées dans la cavité digitale du ventricule latéral gauche, nous nous bornons à rappeler le fait.

Observation XXXIX.

Sommaire. — Vingt-six ans. — Délire hypochondriaque, insensibilité de la peau. Roideur de tout le corps. — Hématémèse. — Mort. — Quelques adhérences des membranes à la couche corticale (1).

Le délire avait commencé à se manifester dans les premiers jours de janvier 1828, mais il n'avait complétement éclaté que plus tard, à la suite d'une orgie. Le malade « se mit à dire, entre autres extravagances, qu'*il n'avait plus de sang*, qu'*il avait la mâchoire démanchée*, qu'il était un homme en fer. » En même temps, « il resta taciturne et presque muet, et pendant trois semaines se tint presque constamment au lit sans vouloir en sortir ».

A cette période de mélancolie hypochondriaque succéda un état de délire maniaque alternant avec de la taciturnité. Le malade se livrait à l'onanisme. Au milieu du mois de mars, un aliéné se jette sur lui et lui enlève avec les dents une partie de la peau du scrotum. Le testicule est mis à nu ; pendant cet accident et pendant les pansements, on n'observa aucun signe de douleur ou même de sensibilité. État de calme, affaissement, stupeur. Au milieu du mois d'avril, le malade, qui avait été soumis à un traitement énergique (sinapismes, vésicatoires sur la région du cœur, cautérisation de la nuque avec le fer chaud), fut pris d'une hématémèse considérable. Maigreur très-grande, face profondément altérée, roideur de tout le corps, teinte livide de toute la peau, stupeur; mort le 21 avril. A l'autopsie, on constate entre autres altérations, que le cerveau ne remplit pas exactement la cavité du crâne, l'arachnoïde contient une grande quantité de liquide séreux. Les membranes dont les vaisseaux contenaient plus de sang que dans l'état normal, adhéraient en plusieurs points, mais dans une très-petite étendue, à la substance grise qui était généralement un peu molle.

Cette observation a été publiée par M. Lélut, sous le titre de *Manie suraiguë stupide*. On doit ici faire remarquer qu'à l'autopsie on a découvert une phlegmasie légère du cerveau avec quelques adhérences des membranes à la couche corticale. Nous rangeons ce fait parmi les mélancolies congestives, nous fondant :

1° Sur le délire hypochondriaque, le malade prétendant qu'*il n'avait plus de sang*, qu'*il avait la mâchoire démanchée*, qu'il était un homme en fer ;

(1) Extrait d'une observation publiée par M. Lélut, sous ce titre : *Manie suraiguë stupide, avec phlegmasie légère de la surface du cerveau et de ses membranes.*

2° Sur la roideur de tout le corps;
3° Sur l'insensibilité de la peau;
4° Sur quelques adhérences trouvées après la mort.

Observation XL.

Sommaire. — Trente-neuf ans. — Agitation maniaque très-vive. — Délire ambitieux. — Idées tristes. — Pas d'embarras de la parole; aucune lésion des mouvements. — Mort. — Durée de la maladie, trois mois environ. — Adhérences des membranes à la couche corticale. — Sérosité, 100 grammes (1).

J.-F. Barthélemy, commis aux barrières, admis dans la division des aliénés, le 25 juillet 1831, est un homme de trente-neuf ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin.

La folie dont il est atteint reconnaît évidemment pour cause des affections morales tristes. Des années de service sur lesquelles il faisait fond pour un avancement plus prochain, ou pour un traitement de retraite plus considérable, ne lui furent pas comptées, et à dater de cette époque il devint triste, silencieux, perdit l'appétit et le sommeil et conçut les craintes les plus exagérées sur son avenir et surtout sur celui de sa femme et de ses enfants. Enfin la manie éclata six semaines seulement avant son entrée à Bicêtre, et elle se manifesta par de l'agitation, de la violence et des prétentions ambitieuses qui tranchaient d'une manière bien frappante avec la taciturnité et les idées tristes qui avaient marqué l'incubation.

A l'époque de son entrée à Bicêtre, Barthélemy était dans un état de manie des plus aigus et des plus tranchés. Le délire était général et avait un caractère ambitieux fortement prononcé. Agitation avec violences qui forcent de recourir au gilet de force.

L'égarement de la physionomie était remarquable. L'attention était diminuée et le malade était livré tout entier, soit à ses idées prédominantes, soit à des hallucinations fugitives et variées. On pratiqua des saignées générales et locales, on prodigua les bains, on ouvrit des exutoires. Cela ne produisit aucune amélioration. Pendant deux mois et demi, la manie persista avec une grande acuité et sans nulle rémission. Il n'y eut presque pas de sommeil. La nuit et le jour, le malade, isolé dans sa loge, était en proie à un délire complet d'action et de pensée. Il ne gardait aucun vêtement, aucun couchage et déchirait jusqu'à la paille qu'on lui donnait en abondance. L'altération des traits était

(1) M. Lélut, dans un ouvrage encore inédit, donne à cette observation le titre suivant : *Manie suraiguë, avec phlegmasie de la substance et des membranes du cerveau prédominant à l'extérieur de cet organe.*

profonde et la maigreur augmentait à vue d'œil. Il se fit sur tout le corps une forte éruption furonculaire qui donna lieu à quelques abcès. On attendait de cela quelque rémission ; elle n'eut pas lieu. Le délire, l'altération des traits allèrent toujours en augmentant ; aux idées ambitieuses se mêlèrent des idées tristes, des sensations pénibles, de l'abattement et des larmes. Il n'y eut jamais aucune lésion des mouvements ni de la parole. Le dépérissement et la maigreur étaient portés au plus haut degré, lorsque le malade mourut, peu de temps après qu'on lui avait ouvert un des abcès auxquels avait donné lieu l'éruption furonculaire, le 8 septembre 1831, après deux mois et demi de séjour dans la division des aliénés.

Autopsie, quatre-vingt-six heures après la mort.

Habitude extérieure. — Déjà un peu de putréfaction ; maigreur considérable.

Système nerveux. — Les os de la voûte du crâne ont, terme moyen, 2 lignes 1/2 d'épaisseur. Le crâne est symétrique. Le diamètre longitudinal est de 6 pouces 5 lignes ; le transversal de 5 pouces 3 lignes. — Dans l'arachnoïde, sous elle, dans les fosses occipitales inférieures, il y a, en tout, 3 à 4 onces de sérosité.

Les deux membranes internes, très-peu injectées, sont légèrement opaques sur la concavité des hémisphères. Elles adhèrent intimement à toutes les circonvolutions cérébrales, dont la surface s'enlève avec elles sous forme d'une pulpe molle, sans adhésion, de couleur lilas. — La substance grise extérieure et intérieure a cette teinte ; la blanche est injectée et offre de légères marbrures violettes.

Les deux substances du cervelet et de la moelle allongée contiennent aussi beaucoup de sang. — La substance corticale du cerveau présente, comme à l'ordinaire, sa couche semblable à du mucus coagulé par la chaleur.

Appareil circulatoire. — La surface du cœur présente des plaques opaques, blanches ; le cœur est petit, ses cavités sont normales ; l'épaisseur des parois du ventricule gauche est de 9 à 10 lignes. La circonférence intérieure de l'aorte, à son origine, a 3 pouces 3 lignes ; sa membrane interne est soulevée par une multitude de petites plaques calcaires, sur quelques-unes elle est détruite. — Elle est blanche et n'offre vers les valvules qu'une tache violacée qui n'envahit que le tiers de sa circonférence.

Appareil respiratoire. — Le sommet de chaque poumon est bosselé, dur, etc. ; à part cela, le poumon est sain.

Appareil digestif. — L'estomac est dans son milieu tellement revenu sur lui-même, qu'en cet endroit il n'a pas le diamètre de l'intestin grêle.

Cette constriction du viscère correspond à des plis profonds qu'on peut effacer, et à une grande rougeur de la membrane muqueuse, qui paraît inflammatoire.

Il n'y a dans la membrane muqueuse de l'intestin grêle et dans la première moitié de celle du gros intestin, ni inflammation aiguë, ni ulcérations ; mais dans la dernière moitié du gros intestin, la rougeur est intense, inflammatoire, et les cryptes qu'on distinguait à peine au-dessus de la valvule, ont pris un développement considérable. Presque tous ont leur orifice converti en un ulcère circulaire dont le fond est rempli de mucus épais.

Voilà un exemple de manie avec délire des grandeurs *fortement prononcé :* agitation très-vive, insomnie complète pendant cinq semaines que dure le séjour à l'hôpital ; aucune rémission ; délire continuel d'action et de pensées ; persistance des idées d'ambition ; le malade, bien que mangeant, s'épuise et meurt. L'autopsie fait découvrir des adhérences étendues des membranes à la couche corticale. Cependant M. Lélut déclare qu'*il n'y eut jamais aucune lésion des mouvements ni embarras de parole.*

En présence de ces faits, comment classer cette observation ?

1° Faut-il dire, avec M. Lélut, que ce malade était atteint d'une manie suraiguë, laquelle aurait présenté ce fait exceptionnel d'une phlegmasie étendue du cerveau, avec adhérences nombreuses des membranes à la couche corticale ?

2° Faut-il, au contraire, rapprochant le délire ambitieux fortement prononcé des adhérences étendues des membranes trouvées après la mort, dire que ce malade était dès le début atteint d'une paralysie générale ?

A notre avis, ces deux opinions soulèveraient des objections également graves.

Le délire ambitieux très-accentué, l'agitation excessive, s'ils ne suffisent pas pour établir ici le diagnostic de la paralysie générale, suffisent au moins pour affirmer que Barthélemy était un de ces malades fortement menacés de tomber dans la démence paralytique, et cette *menace* explique les adhérences trouvées après la mort.

C'est dans ces cas seulement de *menace* de paralysie générale et non dans les autres cas de folie qu'on trouve parfois des adhérences très-limitées des membranes, ou même exceptionnellement, comme cela a eu lieu ici, des adhérences très-étendues.

Quant à l'opinion qui ferait de cette observation un exemple de paralysie générale, on pourrait invoquer en sa faveur le délire des grandeurs, l'agitation excessive sans nulle rémission, l'apparition des furoncles et des abcès, la maigreur croissante et le marasme rapide. On pourrait

même invoquer ces idées tristes accompagnées de sensations pénibles survenues à la fin de la maladie, et qui probablement se rattachaient à des conceptions délirantes hypochondriaques.

Mais une objection qui nous semble insoluble, c'est que pendant la durée d'une paralysie générale qui s'est prolongée trois mois, qui a toujours été s'aggravant et qui s'est terminée par la mort, on n'ait pu noter, comme le dit M. Lélut, ni embarras de la parole, ni aucune lésion des mouvements.

Ce fait, nous le plaçons parmi les folies congestives, invoquant aussi le délire des grandeurs, l'agitation excessive, etc., mais en faisant remarquer qu'il ne reste plus rien de l'objection tirée de l'absence des lésions du mouvement, les manies congestives pouvant exister avec des symptômes passagers de paralysie, mais se présentant aussi sans aucun phénomène paralytique.

L'acuité extrême des symptômes, l'absence de toute rémission, l'insomnie complète expliquent comment l'état congestif s'est transformé en une phlegmasie aiguë de la surface du cerveau, phlegmasie ici très-complète et qui, dans les exemples précédents, manquait ou commençait seulement à se développer.

Observation XLI.

Sommaire. — Trente-six ans. — Manie avec délire ambitieux pendant neuf mois. — Mélancolie. — Guérison imparfaite pendant quinze à dix-huit mois. — Retour de la manie ambitieuse sans signe de paralysie. — Mort après trois mois. — Injection des membranes. — Adhérences à la couche corticale (1).

« M. B....., âgé de trente-six ans, robuste, d'un tempérament sanguin, d'un naturel très-doux et bon, après avoir été militaire, avait exercé pendant quelque temps la profession de doreur sans en éprouver d'accidents. La mère, sans être aliénée, avait la tête faible et le caractère violent et très-emporté. Depuis plusieurs années, le malade s'occupait de bijouterie et vivait d'une manière très-régulière dans son ménage, jouissant de toute sa raison, et se livrant au travail avec assiduité, lorsqu'il y a *trois ans environ*, il se figure que sa femme l'empoisonne, et dans cette crainte ne veut plus manger chez lui ; bientôt après, orgueil excessif, désir de tout ce qu'il y a de plus brillant, dépenses considérables, état d'exaltation dans lequel il court sans cesse ; il abandonne ses occupations, fréquente les spectacles et les lieux de débauche, dépense tout le fruit de ses économies, fait des dettes, vend ses meubles ou les met au mont-de-piété ; conçoit une haine profonde contre sa femme,

(1) Bayle, p. 163.

qu'il maltraite, et contracte une maladie vénérienne grave. Cet état dure *neuf mois* et fait place à un état de calme mélancolique : air sombre, taciturnité, idées tristes dominantes ; on va l'arrêter, le conduire à Sainte-Pélagie ; plus tard il reprend, mais d'une manière incomplète, l'usage de sa raison, et travaille pendant *quinze à dix-huit mois.* Dans cet intervalle, il est tantôt de mauvaise humeur, tantôt gai, exalté, chantant et dansant tout seul ; mais il tombe ensuite dans l'accablement et la tristesse.

» Il y a trois mois, nouvelles marques de délire : il fait des reproches à sa femme sur les dépenses de la maison, se met fréquemment en fureur contre elle, mais sans la frapper ; met ses meubles en gage, se vante d'avoir mangé 20 000 francs.

» Pendant le mois de novembre 1821, état de manie violente ; incohérence complète dans les idées et les actions, prédominance d'idées ambitieuses et politiques ; le duc de Berry l'occupe beaucoup, il est poursuivi par l'assassin de ce prince ; mais il se moque de lui, parce qu'il est cuirassé ; il veut acheter une maison de campagne ; sa fille est la duchesse d'Angoulême ou de Berry, etc. ; agitations considérables, cris, chants, loquacité continuelle, insomnie opiniâtre ; il frappe et casse les objets qui lui tombent sous la main ; il déchire avec fureur les papiers, pour lesquels il paraît avoir une singulière aversion ; intervalles de calme et de demi-raison, dans lesquels les idées sont confuses, le travail de la pensée pénible et difficile.

» Il reste dans cet état jusqu'au 7 décembre 1821, époque où il est conduit à la maison de Charenton. A cette époque, même état, mais beaucoup plus violent ; bouleversement complet de l'entendement et de la volonté ; face amaigrie, souffrante, dans une contraction continuelle ; yeux dans une perpétuelle agitation, qui ne leur permet de se fixer sur aucun objet ; nulle réponse aux questions qu'on lui fait ; nul moyen de fixer un moment son attention ; succession extrêmement rapide d'idées isolées et entièrement incohérentes, sans qu'aucune paraisse revenir d'une manière plus particulière et dominer ses facultés ; fureur continuelle, que rien ne peut calmer, et qui exige l'usage de la camisole et d'un fauteuil sur lequel le malade est attaché ; loquacité perpétuelle et exubérante ; cris, chants, pleurs, ris ; agitation violente et comme *convulsive* des membres et du tronc, qu'il étend, fléchit, roidit alternativement ; nul moment de sommeil ; nul instant de calme ; en même temps, refus des aliments, qu'on ne peut pas vaincre, et qui exige l'usage du biberon pour pouvoir introduire un peu de bouillon dans la bouche.

» Cet état continue sans interruption ; mais le malade maigrit rapidement, et tombe bientôt dans un état voisin du marasme.

» Le 24 janvier 1822, cessation subite de l'agitation furieuse ; perte de connaissance ; pâleur de la face ; yeux entr'ouverts ; pouls insensible ;

inspiration excessivement peu marquée, expirations bruyantes et rares, comme celles du dernier soupir ; à 5 heures du soir, mort.

Autopsie (1).

« Arachnoïde offrant, avant d'avoir été incisée, une rougeur très-vive répandue sur toute la surface de l'encéphale, rougeur qui n'est pas entièrement uniforme, mais qui consiste dans une injection très-forte du système capillaire de cette séreuse, beaucoup plus marquée sur la convexité des hémisphères cérébraux qu'à la base du cerveau et au cervelet. Cette membrane, fortement épaissie, se détachant assez facilement de la convexité et de la face interne des hémisphères, résistant peu aux efforts de traction qu'on exerce sur elle, adhérente dans une assez grande étendue à la substance corticale dont la couche la plus extérieure s'enlève avec l'arachnoïde et lui reste attachée. »

Cette substance ayant une légère teinte rosée, plus marquée aux endroits où l'adhérence existe, plus molle en ces endroits qu'ailleurs, restait couverte d'une couche de sang très-vermeil, lorsque la membrane séreuse était enlevée.

La pie-mère est rouge, injectée. La substance encéphalique très-injectée aissant échapper une foule de gouttelettes de sang lorsqu'on l'incise.

Ce fait est certainement des plus remarquables, et il nous semble pouvoir servir mieux qu'aucun autre à éclairer un point important de doctrine se rattachant aux folies congestives.

Dans les observations citées jusqu'ici, on voit des malades succombant très-rapidement en quelques semaines ou en quelques mois sans qu'on trouve des signes de périencéphalite. La maladie a parcouru toutes ses phases et s'est terminée d'une manière funeste sans qu'aucune adhérence se soit produite.

Dans une autre série de faits, et les quatre premiers de cette série sont de cette nature, on constate non plus simplement l'état congestif, mais l'inflammation véritable, révélée sur des points très-rares et très-circonscrits par quelques adhérences des membranes à la couche corticale dont la partie moyenne est plus ou moins ramollie et désorganisée.

Enfin il peut arriver, et c'est ce qui a eu lieu dans l'observation de Bayle, que tout à coup sous l'influence d'un état aigu, l'inflammation s'étende à une grande surface ou même à la plus grande partie des hémisphères.

Si cette transformation de l'état congestif en un véritable état inflammatoire a lieu très-rapidement, on peut la reconnaître à des symptômes spéciaux.

(1) Nous ne donnons ici qu'un extrait de l'autopsie.

Non-seulement le malade de Bayle était en proie à une agitation violente, mais cette agitation avait un caractère comme convulsif; il étendait et fléchissait alternativement le tronc et les membres, et était en proie à une insomnie complète.

Cependant il ne faut voir là, à notre avis, qu'un mode de terminaison, et il nous semble que l'analyse de l'observation ne saurait, à cet égard, laisser aucun doute.

La manie congestive, en effet, avait débuté depuis plus de *trois années*, et dès ce moment, la menace de paralysie générale était nettement accusée par les symptômes suivants : « orgueil excessif, désir de tout ce qu'il y a de plus brillant, dépense considérable, état d'exaltation dans lequel le malade court sans cesse. »

Après neuf mois de cette manie spéciale avec menace de paralysie générale, le malade tombe dans un état mélancolique. Sorti de cet accès, après *quinze à dix-huit mois*, il revient à un état de raison incomplet, mais cependant peut reprendre ses travaux.

Or, comment admettre que pendant ces trois années il existât réellement une véritable périencéphalite chronique diffuse ?

Où trouve-t-on les symptômes d'un état si grave ?

Il n'y a eu ni embarras de parole ni phénomènes convulsifs, ni aucun signe de paralysie, ni appareil fébrile. Il est donc évident que l'encéphalite est survenue à la fin du dernier accès, comme terminaison d'un état ancien, et alors elle a été accusée par des symptômes spéciaux.

Je citerai dans la série suivante l'observation d'un fabricant de faïences, rapportée par M. Calmeil, et qui peut être rapprochée de celle de Bayle.

La maladie, comme on le verra, avait débuté par une manie ambitieuse, manie plus grave que celle du doreur de Bayle, car l'aliéné avait en plus un très-léger embarras de parole et des mouvements convulsifs des muscles de la face.

Cette manie ambitieuse s'est transformée en une manie chronique, comme chez le malade de Bayle, et après le même espace de temps, c'est-à-dire trois années environ, au lieu de mourir d'une périencéphalite aiguë laissant après elle des adhérences très-étendues des méninges au cerveau, l'aliéné succombe à une congestion très-intense dont le siége était presque exclusivement sur l'hémisphère droit.

L'autopsie n'a révélé aucune adhérence des méninges à la couche corticale.

Ainsi, chez l'un des malades : manie ambitieuse, folie chronique pendant trois ans, mort par encéphalite aiguë laissant des adhérences très-étendues.

Chez l'autre : manie ambitieuse, folie chronique pendant trois ans, mort par congestion cérébrale, aucune adhérence des membranes.

Il y a là deux modes de terminaison différents d'un même état, c'est-à-dire de la manie congestive.

Observation XLII.

Sommaire. — Cinquante-cinq ans. — Suppression des règles. — Disparition de migraines anciennes. — Délire ambitieux. — Inégalité des pupilles. — Pas d'embarras de la parole. — Tremblement très-marqué de la langue. — Mort le douzième jour. — Néo-membranes à la face interne de la dure-mère. — Congestion intense des membranes sur l'hémisphère droit. — Adhérences très-légères.

La femme R....., âgé de cinquante-cinq ans, est entrée à la Salpêtrière, le 14 février 1866. Son mari donne les renseignements suivants : Cette femme a cessé d'être réglée il y a six ans. En même temps, elle a vu cesser des migraines qu'elle avait depuis plusieurs années. On a cru remarquer aussi que son caractère était plus inégal ; la malade était devenue irascible ; sa santé générale était moins bonne ; douleurs dans le ventre ; digestions pénibles ; amaigrissement.

Depuis l'âge critique, toutes les six semaines environ, la femme R..... avait ce que son mari appelle *des faiblesses ;* elle était prise de frisson accompagné de suffocation et suivi de chaleur ; après trois quarts d'heure environ, l'accès se terminait par des sueurs abondantes. Depuis quelques mois, ces sortes d'accès étaient beaucoup plus fréquents ; ils se renouvelaient tous les jours et quelquefois plusieurs fois par jour. Du reste, la malade n'a jamais perdu connaissance ; tout se bornait à des étourdissements.

R..... avait depuis longtemps une grande tendance à s'occuper de sa santé ; elle voulait sans cesse consulter des médecins. Il est important de constater qu'elle dormait à peine une heure par nuit depuis cinq mois. On n'a jamais remarqué chez elle aucune lésion de la motilité ; elle n'offrait aucun embarras de la parole, mais sa mémoire s'était affaiblie. Il y a quatre jours seulement que les premiers symptômes de l'aliénation mentale ont apparu. Le mari se rappelle alors qu'un médecin qui avait vu sa femme il y a deux mois avait constaté un peu de désordre dans ses idées.

Dès le début, le délire ambitieux est extrêmement tranché, la malade se croit riche, veut tout acheter, des châteaux, des jardins, etc. Depuis lors, elle demande sans cesse à boire, surtout du cassis.

A son entrée à la Salpêtrière, le délire est toujours très-manifeste. Elle va construire un café-concert magnifique à Versailles ; loquacité incessante ; paroles obscènes, pupilles inégales (la gauche est plus étroite).

Pas d'embarras de parole, pas de tremblement des lèvres, mais tremblement très-marqué de la langue.

Les jours suivants, sous l'influence d'une insomnie complète et d'une excitation toujours croissante, la figure s'altère, la langue est sèche et brune ; le pouls s'accélère et devient petit ; dès le 17 février, il est presque imperceptible ; le ventre se déprime ; on commence à sentir les battements aortiques. L'état de la malade devient de plus en plus grave.

Cependant le 20, après l'application de deux larges vésicatoires aux cuisses, on constate une amélioration très-sensible ; la figure est meilleure, la langue moins sèche, la malade a dormi quelques heures pendant la journée ; néanmoins le pouls est presque imperceptible. Cette amélioration fut de courte durée ; elle avait disparu dès le lendemain.

Le 24, l'état s'est beaucoup aggravé ; langue sèche et brune ; la malade paraît complétement épuisée, les paroles ne sont plus distinctes ; ventre rétracté, battements aortiques, pouls imperceptible ; la malade meurt à onze heures du soir.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Commencement d'eschares au siége.

Cerveau	1000 grammes.
Cervelet	125 —
Sérosité	165 —
Hémisphère droit	5 grammes de plus que le gauche.

Le crâne est très-épais, la table interne injectée et bleuâtre ; la dure-mère, surtout en arrière, est aussi bleuâtre, injectée, couverte de gouttelettes de sang ; à sa face interne, elle est tapissée par des néo-membranes très-minces qui contiennent çà et là quelques caillots sanguins.

Le cerveau, mis à nu, apparaît sans signes d'atrophie ; on est tout d'abord frappé d'une différence entre les membranes des deux hémisphères ; à droite, congestion très-intense, rougeur vive ; à gauche, beaucoup moins d'injection et pâleur relative ; d'ailleurs les membranes sont minces, très-difficiles à enlever. Au contraire, à la base, la coloration et l'injection des membranes est égale des deux côtés et portée très-loin. Sur les deux lobes antérieurs, mais à leur pointe seulement, on reconnaît une tendance à l'adhérence des membranes, dans deux ou trois points même, la substance grise est enlevée par elles, mais dans de si petits espaces que cela mérite à peine d'être noté ; partout ailleurs, circonvolutions lisses, sans piqueté sanguin ; la substance grise généralement rosée dans les lobes antérieurs et moyens, est peut-être un peu plus molle que dans l'état normal, surtout en avant ; là où la coloration est la plus prononcée, on distingue un grand nombre de vaisseaux. Le grattage de

la substance grise sur les lobes antérieurs ne permet pas de constater le moindre degré d'induration de la substance blanche; celle-ci s'enlève à la suite de la substance grise, comme dans l'état normal.

Substance blanche piquetée, sans rien de remarquable. Les masses grises des corps striés et des couches optiques, colorées à droite, ne le sont point à gauche.

Ventricules non dilatés, veines des parois des ventricules apparentes non injectées; point de granulations dans le quatrième ventricule; pas de coloration dans la protubérance ni dans la moelle allongée.

Cervelet. — Membranes un peu injectées, sans opacité, tendances à l'adhérence dans quelques points; injection légère de la substance grise et de la substance blanche. La moelle n'offre aucune altération appréciable.

Congestion des poumons. Rien à noter dans les autres viscères.

Nous ne discuterons pas si cette malade était menacée de paralysie générale; le délire ambitieux, l'inégalité des pupilles, le tremblement de la langue, et parmi les lésions anatomiques les néo-membranes avec petits caillots sanguins, la congestion de la pie-mère, mais surtout les quelques adhérences qui existaient sur les lobes antérieurs suffisent pour démontrer qu'il y avait chez elle plus qu'une folie simple. On pourrait encore, pour le prouver, invoquer les étourdissements qu'éprouvait la malade, et surtout ces espèces d'attaques de faiblesse qui existaient depuis assez longtemps et qui étaient devenues beaucoup plus fréquentes peu de temps avant l'invasion du délire.

§ 3. — Folies congestives terminées par la folie chronique.

Observation XLIII.

Sommaire. — Cinquante et un ans. — Sœur aliénée et paraplégique. — Embarras passager de la parole; délire ambitieux; hallucinations. — Après trois ans, cessation du délire; persistance d'un peu d'affaiblissement intellectuel; mort. — Légère opacité des membranes. — Pas d'adhérences à la couche corticale.

Madame Charlotte, âgée de cinquante et un ans, est entrée à la Salpêtrière, en décembre 1846.

Tout ce qu'on sait de cette malade, c'est que l'une de ses sœurs est aliénée et atteinte de paralysie. A son entrée, on constate un embarras très-léger de la parole, des conceptions délirantes de nature ambitieuse, de l'incohérence dans les idées. L'embarras de parole à peine appréciable

par moment, devient parfois très-marqué. En outre, quand la malade parle, on remarque des tressaillements nerveux dans les muscles de la face.

Madame Charlotte prétend que son père est mort à cent vingt ans; un instant après, elle dit que c'est à soixante ans, sans avoir la moindre conscience de ses contradictions. Elle est la fille d'un roi du roi des mers.

Excitation cérébrale assez vive ; loquacité incessante; hallucinations de l'ouïe. Par intervalles, agitation, mauvaise tenue; la malade se déshabille ; la démarche a paru vacillante.

L'état de cette femme n'offrit que peu de variations pendant les troi premières années de son séjour à la Salpêtrière. Tantôt on observait du calme, une tenue meilleure, on obtenait un peu de travail; dans d'autres moments, au contraire, l'agitation reparaissait. Ce n'est qu'à partir de la troisième année que le mieux devint très-prononcé, mais ce mieux coïncida avec l'apparition de symptômes graves du côté de la poitrine. Toux, expectoration de crachats épais, sueurs nocturnes; l'auscultation ne laisse aucun doute sur l'existence de tubercules au sommet des deux poumons.

Toute trace de délire disparut bientôt, et pendant près de quatre années madame Charlotte resta à la Salpêtrière, ne présentant du côté de l'intelligence autre chose qu'un peu d'affaiblissement intellectuel; les signes légers de paralysie qu'on avait notés au début avaient disparu. Elle était très-calme, travaillait, mais continuait à présenter des symptômes de plus en plus graves de phthisie pulmonaire. La malade succomba, après sept années de séjour à l'asile, aux progrès de l'affection de poitrine.

Autopsie.

Légère opacité de l'arachnoïde; les membranes épaissies s'enlèvent facilement et il n'y a aucune trace d'adhérence.

Le cerveau a sa consistance normale. Les ventricules contiennent une très-petite quantité de sérosité et ne sont point dilatés.

Les corps striés, les couches optiques ne présentent rien de remarquable.

La moelle n'a pas été examinée.

Les deux poumons sont adhérents aux parois thoraciques, et renferment dans toute leur étendue des tubercules, les uns à l'état de crudité, les autres ramollis. Les adhérences existent dans une grande étendue et sont constituées par du tissu cellulaire très-serré et très-dense. Le cœur est petit, mais ne présente aucune lésion du côté des orifices.

L'abdomen contient une grande quantité de sérosité verdâtre, et l'on découvre dans la fosse iliaque droite un abcès assez volumineux.

L'embarras de parole et le délire ambitieux ne permettent pas de regarder cette malade comme ayant été atteinte de folie simple. On ne pourrait non plus y voir une paralysie générale; c'est pour nous un exemple de folie congestive qui, après trois ans, s'est terminée par un peu d'affaiblissement intellectuel. La terminaison eût été probablement différente sans l'apparition de la phthisie pulmonaire.

Observation XLIV.

Sommaire. — Quarante-deux ans. — Ataxie locomotrice au début. — Symptômes graves de paralysie générale pendant six mois. — Disparition de ces symptômes depuis deux ans. — Aggravation de l'ataxie locomotrice. — Persistance d'un peu d'affaiblissement intellectuel (1).

M. X....., âgé de quarante-deux ans, a eu une affection syphilitique à vingt-trois ans.

De vingt-cinq à trente-cinq ans, il a éprouvé par intervalles des douleurs subites aux jambes, douleurs qui le forçaient de s'arrêter.

A trente-cinq ans, la marche devint embarrassée; les mouvements sont incertains et saccadés.

Ces symptômes avaient été précédés d'une diplopie qui avait persisté six semaines.

A trente-six ans et demi, congestion cérébrale suivie d'embarras de la prononciation.

Quelques désordres légers avaient déjà été remarqués du côté de l'intelligence, lorsque le délire ambitieux éclata tout à coup à trente-sept ans.

Après une période d'agitation de plusieurs mois, le malade devint plus calme, mais l'intelligence paraissait affaiblie, l'embarras de la parole était très-prononcé; miction et défécation involontaires; station impossible.

Cependant sous l'influence d'un traitement actif, on vit peu à peu une partie des symptômes disparaître.

Les fonctions de la vessie et du rectum reviennent à l'état normal; l'embarras de la parole cesse, l'intelligence se raffermit; les mouvements des jambes seuls restent si désordonnés que la marche est toujours impossible.

Si je n'avais pas su, quand je vis M. X...., qu'il avait eu deux ans

(1) J'ai déjà publié cette observation dans les *Archives cliniques*, p. 425.

auparavant de l'embarras de la parole, du délire ambitieux, une paralysie des sphincters, je n'aurais pas pu soupçonner de si graves antécédents. Le malade paraissait raisonnable, sa parole était libre. Cependant, bien qu'on ne pût constater aucun désordre apparent, M. X..... n'avait pas recouvré toute l'activité de son intelligence. Voici à cet égard les renseignements écrits fournis par son médecin :

« Aucune idée fausse n'est venue assiéger son esprit depuis bientôt deux ans. Le malade manque sans doute d'énergie dans la volonté, il se laisse facilement impressionner, il a parfois des mouvements d'impatience, mais il s'intéresse à tout ce qui se passe, et lit avec plaisir les journaux, les revues, et dans l'intimité il formule des jugements raisonnables sur ce qu'il a lu ou sur ce qui se passe autour de lui.

» Si la mémoire de M. X..... est un peu affaiblie, elle est cependant assez active pour lui permettre de fournir lui-même à ses médecins les renseignements les plus utiles sur les diverses circonstances de sa maladie. »

L'ataxie locomotrice était facile à constater ; la marche était impossible à cause des mouvements désordonnés et comme convulsifs des membres inférieurs ; mais le malade assis contractait très-fortement les muscles des jambes, qu'on pouvait difficilement faire fléchir quand elles étaient étendues.

On avait noté chez ce malade, et l'on observait encore chez lui des douleurs très-fortes dans les membres, douleurs qui revenaient par accès et semblaient remplacées quelquefois par de l'oppression ou des migraines.

Ce fait me paraît des plus curieux, parce que la folie congestive avec symptômes graves de paralysie est évidemment intervenue ici comme complication chez un malade atteint d'ataxie locomotrice. De cet accès de manie qui s'est prolongé six mois et qui semblait devoir entraîner une mort prochaine, il n'est resté qu'un peu d'affaiblissement de la mémoire. Voici, après *six années*, ce que m'écrit aujourd'hui M. le docteur Marchand :

« M. X..... est toujours atteint d'ataxie locomotrice progressive, sa maladie ne s'est pas aggravée, mais elle ne se complique plus de symptômes de paralysie générale. Il n'a plus présenté non plus de symptômes d'aliénation mentale. Cependant son intelligence, qui n'a jamais été très-active, semble s'être sensiblement affaiblie. »

Observation XLV.

Sommaire. — Trente ans. — Mélancolie avec délire hypochondriaque. — Inégalité très-marquée des pupilles. — Hésitation passagère de la parole. — Cinq médecins délarent le malade atteint de folie simple avec menace de paralysie générale. — Deux autres le considèrent comme déjà atteint de cette affection. — État de folie chronique depuis cinq ans.

Un jeune homme, âgé de trente ans, offre au début d'un accès de folie une très-légère hésitation de la parole, une très-grande inégalité des pupilles et quelques conceptions délirantes évidemment hypochondriaques. Il accusait dans diverses parties du corps des douleurs qui, à l'en croire, étaient extrêmement violentes ; puis tout à coup si l'on détournait son attention, il était des heures entières sans parler de nouveau de ses souffrances, qui avaient ainsi disparu sous l'influence d'une simple distraction, et qui revenaient quand le malade était abandonné à lui-même. Tout à coup il prétendait que l'air lui manquait, ou même voulait descendre dans la rue pour respirer plus librement. L'état de la poitrine et du cœur n'expliquait en aucune façon cette prétendue dyspnée qui, comme les douleurs, disparaissait quand le malade était distrait.

L'hésitation de la parole, bien qu'extrêmement légère, et l'inégalité des pupilles firent juger à plusieurs des médecins réunis en consultation qu'il y avait dans ce cas *menace* de paralysie générale. On pouvait en outre invoquer le délire hypochondriaque. En conséquence, on prescrivit un séton à la nuque. Plusieurs mois après, je vis ce malade dans une maison de santé : il présentait toujours de l'inégalité des pupilles, quelques traces de délire hypochondriaque et *peut-être* un peu d'hésitation de la parole ; mais il était devenu halluciné. Des deux médecins de l'établissement, l'un croyait ici à une paralysie générale et l'autre à une folie simple.

Ce jeune homme, sorti de la maison de santé après un séjour de plus de six mois, fut confié à un nouveau médecin, lequel fut d'avis qu'il y avait un commencement de paralysie générale. Il se fondait sur l'hésitation assez souvent appréciable de la parole, l'inégalité des pupilles, le délire hypochondriaque, et sur quelques conceptions ambitieuses qu'on observait de temps en temps. Cinq années se sont écoulées ; le malade est toujours dans le même état. Aucun signe tranché de paralysie générale n'est survenu.

On pourrait encore aujourd'hui, comme au début, soutenir avec les cinq premiers médecins qu'il n'y a ici qu'une folie simple avec *menace* de paralysie générale ; ou bien affirmer, comme on l'a fait, l'existence de la paralysie générale, en se fondant sur les symptômes accessoires indiqués plus haut.

Les dissidences, dans les cas de ce genre, peuvent donc, comme on le voit, se prolonger pendant plusieurs années.

A notre avis, il s'agit ici d'une folie congestive caractérisée par le délire hypochondriaque, une inégalité très-remarquable des pupilles, survenue au début de la maladie, enfin par l'hésitation de la parole et même par quelques conceptions délirantes de nature ambitieuse qui se sont mêlées de temps en temps aux hallucinations.

Depuis cinq ans, cette folie est passée à l'état chronique.

Observation XLVI.

Sommaire. — Vingt-sept ans. — Délire ambitieux. — Tressaillement des muscles de la face. — Embarras de parole difficile à saisir. — Mort par congestion cérébrale, après plus de trois ans de maladie.— Injection vive de l'arachnoïde viscérale sur l'hémisphère cérébral droit. — Point d'adhérences. — Aspect légèrement rosé de la substance corticale de l'hémisphère droit (1).

» Un fabricant de faïence, habituellement sobre et retenu, se livre, à l'âge de vingt-sept ans, à des excès de tout genre; il est bientôt en proie à un violent délire ambitieux, compliqué de tressaillements des muscles de la face, d'un embarras difficile à saisir dans la prononciation.

» Pendant trois ans, les symptômes de sa maladie mentale changent sans cesse d'expression. Tantôt il est à demi raisonnable, mais craintif, timide, sans initiative pour parler ou pour agir ; tantôt il est exalté, violent, malpropre, difficile à diriger et à maintenir. Quelquefois, au contraire, il est assiégé par des hallucinations et par des idées de défiance qui le poussent au suicide, et qui font qu'on est obligé de le surveiller de très-près.

» A trente ans, il est calme, mais il parle rarement et semble avoir l'intelligence affaiblie; il ne présente aucun symptôme de paralysie.

» A trente et un ans, trois heures après son lever, il glisse sur la chaise où il est assis et tombe sur le parquet. Il est aussitôt porté sur un lit et déshabillé. Ses mains sont froides, sa figure est pâle, sa respiration précipitée. Il ne profère aucun son, n'exécute aucun mouvement ; mais il paraît conserver un reste de sensibilité : il expire presque immédiatement pendant qu'on s'occupe à pratiquer des frictions irritantes sur ses membres et qu'on fait demander une lancette pour lui tirer du sang. »

Autopsie (2).

« L'arachnoïde viscérale est soulevée principalement en avant, sur la région moyenne et en arrière de l'hémisphère droit, par des veines

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 58.

(2) Nous ne donnons ici qu'un extrait de l'autopsie.

d'un calibre considérable qui rampent dans les interstices des circonvolutions et qui sillonnent toute la convexité de cet hémisphère, en suivant une direction tortueuse et oblique de dehors en dedans : tous ces vaisseaux contiennent une certaine quantité de sang violacé. Lorsqu'on écarte les deux lèvres de la scissure de Sylvius droite et qu'on en suit avec soin tout le parcours, on est surpris d'y rencontrer une sorte d'entrelacement de petits conduits, soit artériels, soit veineux, gonflés par un sang peu compacte, mais très-abondant.

» Tout le relief de chaque circonvolution est comme enveloppé par une pie-mère en grande partie représentée par des arborisations vasculaires qui se dirigent dans toutes les directions. Le fond de toutes les anfractuosités est entièrement recouvert de petits épanouissements capillaires qui se brisent aussitôt qu'on tente de les soulever avec des pinces. La face interne de la pie-mère n'adhère point à la substance corticale de l'hémisphère droit. Cette dernière substance réfléchit dans toutes ses couches un reflet qui tire sur le rose; elle contient des vaisseaux d'où l'on voit sourdre en assez grande abondance des gouttelettes d'un sang pauvre mais vermeil, lorsqu'on la divise par tranches.

» La substance blanche de cet hémisphère est traversée en tous sens par des capillaires fins nombreux et laissant échapper beaucoup de gouttelettes sanguines.

» La couche optique et le corps strié sont moins injectés, comparativement, que les autres régions de ce lobe cérébral.

» L'hémisphère gauche s'éloigne à peine de son état normal. La substance grise est plutôt pâle que rose dans toutes les régions de cet hémisphère.»

M. Calmeil a publié cette observation parmi celles qu'il a désignées sous le nom de *Congestions encéphaliques intenses à durée temporaire.*

Dans ce cas, la maladie avait débuté *trois ans auparavant* par un violent accès qui avait pour symptôme *le délire ambitieux, — des tressaillements des muscles de la face,— un embarras difficile à saisir dans la prononciation.*

On sait que souvent le délire des grandeurs seul permet de prévoir la paralysie générale, mais il y avait dans ce cas d'autres symptômes qui, joints au délire ambitieux, auraient suffi à certains auteurs pour affirmer l'existence de la maladie.

Cependant, chose singulière, cet aliéné, qui semblait devoir être prochainement atteint de démence paralytique, tombe dans une folie chronique dont M. Calmeil a indiqué les caractères. Puis se manifeste un commencement de démence simple sans paralysie : et c'est alors que survient une congestion portant presque exclusivement sur l'hémisphère droit et qui entraîne la mort.

Il est intéressant de faire remarquer, pour les questions que nous discutons ici, que, dans l'opinion de M. Calmeil, si ce malade avait survécu, il aurait eu à redouter, non pas une paralysie générale, comme tout semblait l'indiquer, mais une *encéphalite du lobe cérébral droit.*

Observation XLVII.

Sommaire. — Trente-deux ans.— Excès alcooliques ; délire ambitieux.— Embarras de parole. — Congestion cérébrale. — Phlegmon diffus. — Rémission. — Délire hypochondriaque. — Démence simple sans paralysie, depuis neuf ans.

M. Julien, âgé de trente-deux ans, est entré dans un asile privé, le 17 avril 1856. Depuis longtemps il faisait des excès alcooliques, buvait beaucoup de bière et d'absinthe. Les premiers symptômes d'aliénation mentale avaient été remarqués dix jours avant son entrée, il avait alors commencé à déraisonner et à commettre des actes extravagants. On le trouva un jour occupé à frotter les escaliers.

A son entrée, le malade est peu agité et paraît se rendre jusqu'à un certain point compte de son état. Pas d'inégalité des pupilles; pas de tremblement dans la parole; à chaque instant, marques de contentement et de satisfaction non justifiées ; hallucinations de la vue. Les jours suivants, état d'apathie et d'indifférence; le malade semble avoir oublié le passé et ne conserver qu'un sentiment confus de sa situation, répétant toujours les mêmes phrases, ne se livrant à aucune occupation. Pendant le mois de juin survint une excitation maniaque avec délire ambitieux très-prononcé. De temps en temps, embarras de la parole, tremblement dans les muscles de la face; malpropreté; l'intelligence s'affaiblit; la paralysie générale semble se confirmer. Au bout de quatre mois, l'agitation disparaît; la tenue est meilleure.

Dans le courant du mois de novembre, congestion cérébrale très-intense; il y eut quelques convulsions au début, suivies d'un état comateux qui s'est prolongé plus de deux jours. Une saignée fut pratiquée et devint le point de départ d'un phlegmon diffus très-grave de l'avant-bras; ce phlegmon ne s'est terminé qu'au bout de trois semaines, et nécessita plusieurs incisions.

Il y eut alors une période de rémission ; la tenue devint meilleure et les idées plus nettes; M. Julien s'occupe, lit son journal, presque tous les jours ; il se plaint d'avoir la bouche mauvaise, de ne pas aller assez à la selle et de ne point dormir suffisamment. Parfois il manifeste la crainte d'être reconduit dans la section des agités, où il avait d'abord dû être placé.

Le 2 février 1857, dans l'après-midi, le malade paraît menacé d'une nouvelle congestion cérébrale : tête lourde, engourdissement général,

(lavements purgatifs et sinapismes). Les symptômes se dissipent en quelques heures, mais l'intelligence reste très-troublée. Pendant la nuit, le malade voulait se lever, disant qu'il faisait grand jour, que quelqu'un l'attendait dehors; il avouait lui-même que sa tête était en fermentation, qu'une foule d'idées se pressaient dans son cerveau. Assez souvent il lui arrive de salir son pantalon plusieurs fois dans la même journée. Les hallucinations de la vue persistent. Le délire hypochondriaque s'ajoute aux autres symptômes. M. Julien accuse un surveillant de lui avoir mis un couvercle de pot dans l'anus; il refuse parfois de manger, sous prétexte qu'on ne lui a pas encore retiré ce qu'il a dans l'anus.

Il parle très-bas, faisant comprendre qu'il ne peut plus articuler ni ouvrir la bouche. On parvient difficilement à lui faire accepter de la nourriture : il porte fréquemment la main au cartilage thyroïde, comme s'il sentait là réellement un corps étranger. Ce refus d'aliments et ce mutisme durèrent jusqu'au mois d'avril. A partir du mois suivant, le malade redevint malpropre. Vers la fin de cette année et au commencement de l'année 1858, l'agitation reparut par intervalles; M. Julien est irascible, menaçant, et commet même quelques actes de violence.

Depuis neuf ans, le malade est tombé peu à peu dans un état profond de démence; il est très-calme, très-doux, parle rarement et à voix basse.

Les sentiments affectifs semblent éteints. J'ai pu souvent m'assurer qu'au milieu de cet état de démence M. Julien conservait encore quelques rares idées de grandeur.

Du reste, nul signe de paralysie.

Une grave congestion cérébrale, le délire ambitieux, le délire hypochondriaque et surtout l'embarras de parole observé de la façon la plus nette pendant une phase de la maladie, suffisent pour caractériser ici la folie congestive, laquelle, au lieu de se terminer comme on pouvait s'y attendre par la démence paralytique, s'est terminée par la démence simple.

Observation XLVIII.

Sommaire. — Quarante ans. — Délire ambitieux; délire hypochondriaque. — La parole paraît embarrassée. — Abcès par congestion. — Mort. — Anémie du cerveau et de ses membranes (1).

« Un homme de quarante ans est malade depuis deux ans et demi. Idées de puissance et de grandeur. Il se croit un pouvoir surnaturel; i

(1) Parchappe, *loc. cit.*, p. 90.

croit aux sortiléges ; il croit pouvoir causer du mal à ceux qui le contrarient. Il ressent des douleurs dans la poitrine et assure que ces douleurs sont causées par des instruments qui résident dans son corps. Hallucinations de l'ouïe. Le malade parle avec volubilité et sa parole paraît embarrassée ; il marche avec peine. On conçoit quelques soupçons sur l'existence d'une complication de paralysie générale. Après un certain temps, on s'aperçoit que son membre droit se raccourcit. On constate une maladie de l'articulation de la cuisse.

« Le malade garde le lit ; marasme lent ; abcès par congestion. La parole paraît libre, parce que le malade parle avec moins de volubilité. L'intelligence est affaiblie. — Encéphale, 1180.

» La surface corticale est remarquablement pâle et a une couleur blanche. Les nerfs cérébraux et la substance blanche ont un aspect nacré.

» Anémie des membranes et de la substance cérébrale. ».

Dans cette observation, nous trouvons réunis le délire ambitieux et le délire hypochondriaque, et ce dernier est révélé ici par une conception délirante des plus bizarres. Le malade attribue ses douleurs à des instruments qui résident dans son corps.

La parole a paru embarrassée et la marche était difficile ; on avait soupçonné l'invasion d'une paralysie générale. Parchappe a renoncé à cette idée, parce qu'il a vu la difficulté de la marche expliquée plus tard par une maladie de l'articulation qu'on n'avait point d'abord soupçonnée.

Cependant il reste toujours pour nous le délire ambitieux et hypochondriaque, et cet embarras de parole au moins léger qui avait éveillé des craintes de paralysie générale. Le malade était donc menacé de cette dernière affection.

Ce fait rentre naturellement dans les folies congestives, et cette folie congestive s'est terminée par la démence simple. Probablement encore ici la terminaison eût été plus fâcheuse sans la puissante révulsion opérée par la maladie de l'articulation de la cuisse et l'abcès qui en a été la conséquence.

Résumé du chapitre IV.

Les trente-trois observations contenues dans ce chapitre et celles, au nombre de quinze, citées dans le précédent, suffisent pour montrer sous toutes leurs formes et dans leurs variétés principales les folies que nous

désignons sous la dénomination de *congestives*. Comme on l'a vu, il en est de légères qui ne sont caractérisées que par un délire des grandeurs très-accentué et durable, joint ou non à l'inégalité des pupilles, à une excitation musculaire plus ou moins vive, etc.

Dans d'autres cas, c'est un délire hypochondriaque spécial joint au tremblement des membres, à la stupeur, à l'inégalité des pupilles, à l'insensibilité de la peau, etc. A un degré plus élevé, un très-léger embarras de la parole, apparaissant par intervalles, se joint aux symptômes qui précèdent.

Enfin, si l'état congestif est plus grave, les phénomènes de compression deviennent beaucoup plus tranchés et se traduisent par l'incertitude de la démarche et un embarras très-marqué de la prononciation.

Le pronostic de la démence paralytique a été appliqué aux folies congestives par les auteurs qui ont considéré ces folies comme la première période de cette maladie. Et la conséquence, c'est qu'elles seraient absolument incurables.

Tout en reconnaissant que le pronostic est des plus fâcheux lorsqu'il y a des symptômes graves de paralysie, il est impossible, d'après les faits cités plus haut, d'admettre cette opinion. Il est certain, en effet, que les folies congestives sont curables dans un certain nombre de cas, et cette possibilité de la guérison constitue un premier fait qui sera invoqué plus tard pour les séparer de la démence paralytique primitive.

La guérison, comme on l'a vu, est même possible, bien que très-rarement, dans les cas qui paraissent les plus fâcheux. Notons en passant que rien ne prouve mieux combien la nature intime des manies ambitieuses avec ou sans symptômes de paralysie est encore peu connue, que le retour à la santé observé chez quelques malades dont l'état semblait désespéré.

« Pendant plus de sept mois, dit M. Morel en parlant de l'aliéné dont nous avons reproduit l'observation (observ. XVI), ce malheureux présenta toutes les phases de la paralysie générale, jusqu'à ce qu'enfin nous fûmes obligé de l'aliter à cause de son état d'épuisement et de marasme », et cependant M. Morel, après avoir pronostiqué, comme il le dit, non-seulement l'incurabilité, mais même une mort prochaine, a vu peu à peu ce malade revenir à la santé sous l'influence d'un vaste abcès du foie.

Il est inutile de rappeler ici d'autres faits non moins curieux publiés par Ferrus, MM. Fabre, Foville, Combes, etc. A part ces cas rares de guérison, on observe assez souvent, comme on le sait, dans les phénomènes paralytiques des changements si favorables qu'on serait tenté d'espérer leur disparition complète; mais la marche rétrograde s'arrête, et après un état stationnaire plus ou moins long la maladie reprend son

TABLE DES MATIÈRES

APPENDICE.

DES SYMPTÔMES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DES RAPPORTS DE CETTE MALADIE AVEC LA FOLIE.

Par M. BAILLARGER.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.